

F. Cooper, photog.

Docteur A. SAUZE

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

DIXIÈME SESSION

tenue à Marseille

VOLUME

Publié par le Dr H. BOUBILA

Secrétaire-Général



COMPTES-RENDUS



MARSEILLE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DU JOURNAL DE MARSEILLE

6, rue Sainte, 6

1899



BUREAU DU CONGRÈS

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

MM.

Dupuy, Ministre de l'Intérieur, Président du Conseil des Ministres ;
Legrand, Sous Secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur ;
Monod, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques ;
Drouineau, Inspecteur Général des établissements de bienfaisance et d'aliénés ;
Floret, Préfet des Bouches-du-Rhône ;
Flaissières, Maire de Marseille ;
Chanot, Président du Conseil Général ;
Livon, Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie ;
Kachenko, Médecin en chef, Directeur de l'asile de Nijni-Novgorod (Russie) ;
Martin, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Genève.

Président

Doutrebente, Directeur, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

Vice-Présidents

Audiffrent, Médecin de la Préfecture des Bouches-du-Rhône pour le service des aliénés ;
Mabille, Directeur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure) ;
Maunier, Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

Secrétaire-Général

Boubila, Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

Trésorier

G. Lachaux, Directeur, médecin de la maison de santé de Ste-Marthe, Marseille.

Secrétaires des Séances

Antheaume, Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris ;
Cossa, Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Marseille ;
Fenayrou, Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Naugeat, Limoges.

LISTE DES ADHÉRENTS

AU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

MM. les Docteurs

Aimé, Henri, 12, rue St-Léon, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Anglade, médecin-adjoint, asile de Braqueville (Haute-Garonne).
Antheaume, chef de clinique des maladies mentales, asile Ste-Anne, Paris.
Archambauld, médecin en chef du quartier des aliénés, à Tours.
Arnaud, médecin à la Maison da santé de Vanves (Seine).
Aviérinos, rue de l'Académie, 10, Marseille.
Audiffrent, médecin attaché au service des aliénés, à la Préfecture des Bouches-du-Rhône, rue Breteuil, Marseille.
Astros (D'), Léon, professeur à l'Ecole de Médecine, boulevard du Musée, 18, Marseille.
Ballet-Gilbert, professeur à la Faculté de Médecine, rue du Général Foy, 39, Paris.
Baudron, médecin-adjoint des asiles, à Josnes (Loir-et-Cher).
Bellat. médecin-directeur, asile de Breuty (Charente).
Belletrud, médecin-directeur, asile de Pierrefeu (Var).
Bérillon, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, 14, rue Taitbout, Paris.
Blin, médecin, de la colonie des idiots, asile de Vaucluse, par Epinay s/Orge (Seine-et-Oise).
Boissier, 28, rue du Vieux-Colombier, Paris.
Boiteux médecin en chef, asile de Clermont (Oise).
Boubila, médecin en chef, asile de St-Pierre, Marseille.
Bouchard, professeur à la Faculté de Médecine, 174, rue de Rivoli, Paris.
Bouchereau, médecin en chef de l'asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Bourneville, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes, Paris.
Briand, médecin en chef, asile de Villejuif (Seine).
Brissaud, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, 5, rue Bonaparte, Paris.
Brunet, Daniel, ex-directeur-médecin, rue des Ecoles, 20, Paris.
Bouissou. 12, rue Puget, Marseille.
Brémond, A., rue d'Arcole, Marseille.
Bidon, médecin des hôpitaux, rue Estelle, 12, Marseille.
Boinet, professeur-agrégé, médecin des hôpitaux, rue Montaux, Marseille.

Bènes, interne, asile des aliénés de Marseille.
Battini, à St-Just, près Marseille.
Bauzan, rue Terrusse, 46, Marseille.
Belugou, avenue Charcot, Lamalou-les-Bains.
Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, 138, route de Vienne.
Charpentier, médecin de la Salpêtrière, Paris.
Charruel. médecin-adjoint, asile de Châlons (Marne).
Chaslin, médecin de l'asile de Bicêtre (Seine).
Chevalier-Lavaure directeur-médecin, asile d'Auch
Christian, médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton, St-Maurice (Seine).
Cossa, médecin-adjoint, asile de Marseille.
Coulon, médecin-adjoint, asile de Clermont (Oise).
Cullerre, médecin-directeur, asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).
Colonna-d'Istria, place Sadi-Carnot, Marseille.
Convers, 3, rue de la Préfecture, St-Etienne (Loire).
Cros, Olivier, 11, boulevard Baille, Marseille.
Deny, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière, Paris.
Deschamps, 22, rue de la Monnaie, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Devay, 208, route de Vienne, Lyon.
Doutrebente, médecin-directeur, asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dupain, médecin en chef, asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dufour, boulevard National, 25, Marseille
Durante, G., 32, avenue Rapp, Paris
Donadieu-Lavit, Lamalou-les-Bains (Hérault).
Delanglade, rue Nicolas, 24, Marseille.
Engelhard, rue Sylvabelle, 35, Marseille.
Febvré, médecin en chef, asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Fenayrou, médecin-adjoint, asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
Fallot, professeur à l'Ecole de Médecine, médecin des hôpitaux, rue de Rome, 167, Marseille.
Farez, rue de Courcelles, 93, Paris.
Fage, médecin en chef de l'Hospice St-Victor, 17, rue Pierre-l'Hermite, Amiens (Somme).
Foillogt, ex-interne de l'asile des aliénés de Marseille.
Garnier, Samuel, médecin-directeur, asile de Dijon (Côte-d'Or).
Giraud, directeur-médecin, asile St-Yon, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Giret, médecin-adjoint, asile de Limoux (Aude).
Grasset, professeur de la Faculté de Médecine, 6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier.
Grenier. ex-interne des asiles d'aliénés de la Seine, 26, rue de la République, Marseille.

Gourrier, à St-Loup, banlieue de Marseille.
Grasset, Riom (Puy-de-Dôme).
Gadolla, Vienne (Autriche).
Hamel, médecin-adjoint, asile St-Yon, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Hartemberg, directeur de la *Revue de Psychologie*, boulevard St-Germain, 174, Paris.
Icard, rue Colbert, 1, Marseille.
Joffroy, professeur de la Faculté de Médecine, 95, boulevard St-Germain, Paris.
Josserand, directeur de l'asile de Bron (Rhône).
Jourdan, interne à l'asile des Aliénés de Marseille.
Junès, Emile, étudiant en médecine, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.
Klippel, médecin des hôpitaux, rue de Grenelle, 20, Paris.
Kachenko, médecin en chef, directeur de l'asile de Nijni-Novgorod (Russie).
Lafforgue, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Batna (Constantine).
Lalanne, médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte-Le Bouscat (Gironde).
Lallemant, médecin-directeur, asile de Quatremares (Seine-Inférieure).
Lamacq-Dormoy, 1, rue Ravès, Bordeaux (Gironde).
Lannois, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, 14, rue St-Dominique.
Laroussinie, directeur, Maison de santé de Caudéran, 1, place Fabel, Bordeaux.
Legras, 1er médecin-adjoint, infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, passage Saulnier, 7, Paris.
Leroy, médecin-adjoint, asile d'Evreux (Eure).
Lachaux. C., père, médecin de la Maison de santé de Ste-Marthe, rue Fongate, 8, Marseille.
Lachaux, G., médecin de la Maison de santé de Ste-Marthe, rue Lafon, 6, Marseille.
Lartail, chirurgien des hôpitaux, cours Lieutaud, 29, Marseille.
Laugier, H., rue Papère, 7, Marseille.
Leroy, chemin des Chartreux, 33, Marseille.
Laget, professeur à l'Ecole de Médecine, médecin des hôpitaux, rue Consolat, 72, Marseille.
Levet, médecin-adjoint, asile de Montdevergues par Montfavet (Vaucluse).
Luthringer, étudiant en médecine, Alsace.
Mabille, médecin-directeur, asile Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure).
Magnan, de l'Académie de Médecine, médecin en chef de l'asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

Mairet, professeur de la Faculté de Médecine, médecin en chef, asile de l'Hérault, — avenue du Stand, Montpellier (Hérault).

Marie, directeur-médecin, à Dun-sur-Auron (Cher).

Marie, Pierre, professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Cambacérès, Paris.

Martinencq, directeur-médecin, asile de Dury (Somme).

Maunier, médecin en chef, asile St-Pierre, Marseille.

Meige, M., 10, rue de Seine, Paris.

Meilhon, médecin-directeur, asile St-Athanase, Quimper (Finistère).

Meuriot, médecin-directeur, 17, rue Berton, Paris.

Monestier, médecin-adjoint, asile des aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Motet, de l'Académie de Médecine, médecin-directeur, 161, rue de Charonne, Paris.

Melchior, Robert, chirurgien des hôpitaux, rue Sainte, Marseille.

Marcellin, rue St-Savournin, 10, Marseille.

Mazade, inspecteur des Enfants assistés, Marseille.

Martin, professeur de Psychiatrie à l'Université, Genève (Suisse).

Monteux, Marseille.

Nepveu, professeur à l'Ecole de Médecine, 61, rue Paradis, Marseille.

Noguès, Emile, médecin-directeur. Etablissement hydrothérapique, 34, quai de Tournai, Toulouse.

Nolé, médecin-directeur, asile Ste-Catherine, Moulins.

Oddo, cours Pierre-Puget, 23, Marseille.

Parant, médecin-directeur de la Maison de santé de Toulouse, 17, allées de la Garonne.

Paris, médecin en chef, asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Parisot, professeur agrégé, Faculté de Médecine de Nancy, 47, rue Gambetta, Nancy.

Perry (DE), fils, 1, rue Lafaurie-Montbadon, Bordeaux.

Petit, médecin en chef, asile du Mans (Sarthe).

Petrucci, médecin-directeur, asile St-Gemmes (Maine-et-Loire).

Pichenot, médecin en chef, asile de Montdevergues (Vaucluse).

Pierret, professeur à la Faculté de Médecine, médecin en chef, asile de Bron, Lyon (Rhône).

Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux, 119, cours Alsace-Lorraine, Bordeaux.

Planat, médecin en chef, asile St-Pons, Nice.

Pons, médecin en chef, asile de Château-Picon, Bordeaux.

Pottier, médecin-directeur, 19, rue de Picpus, Paris.

Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine, rue d'Isly, 8, Paris.

Pujol, chef de clinique obstétricale, rue des Minimes, 30, Marseille.

Poucel, chirurgien des hôpitaux, boulevard du Musée, 22, Marseille.

Pantaloni, ex-chirurgien major des hôpitaux, boulevard du Musée, 12, Marseille.

Plaignard-Flaissières, Henri, interne à l'asile des aliénés de Marseille.
Papillon, médecin-adjoint, asile de Montdevergues (Vaucluse).
Poux, 4, rue Fourbastard, Toulouse.
Pailhas, médecin en chef asile des aliénés du Tarn, et d'Oran, 18, rue St-Martin, Albi (Tarn).
Raffegeau, médecin-directeur. Maison de santé Le Vésinet, près Paris.
Raymond, professeur à la Faculté de Médecine, 156, boulevard Haussmann, Paris.
Rayneau, médecin en chef, 1, rue Porte-Madeleine, Orléans (Loiret).
Régis, professeur à la Faculté de Médecine, rue St-Sernin, Bordeaux.
Rémond, professeur à la Faculté de Médecine, 45, rue des Tourneurs, Toulouse (Haute-Garonne).
Rey, médecin-directeur, asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Ritti, médecin en chef de la Maison de Charenton, 57, Grande Rue St-Maurice (Seine).
Rouby, médecin-directeur de la Maison de St-Eugène, Alger.
Rougé, médecin en chef de l'asile de Limoux (Aude).
Roux de Brignole, chirurgien des hôpitaux et de l'asile des aliénés, cours Pierre-Puget, Marseille.
Reynès, chef de clinique chirurgicale, 43, boulevard du Musée, Marseille.
Rispal, professeur agrégé à la Faculté, 45, allées Lafayette, Toulouse.
Raynaud, interne des hôpitaux de Marseille.
Semelaigne, médecin-directeur, Maison de santé, 16, avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine.
Sérieux, médecin en chef, asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Sepet, Grand chemin d'Aix, 33, Marseille.
Sicard, étudiant en médecine, hospice de la Salpêtrière, Paris.
Taty, ex-chef de clinique à la Faculté de Lyon, à la Tour de Salvagny (Rhône).
Thibaud, médecin-adjoint, asile de Quimper (Finistère).
Toy, médecin-adjoint, ex-chef de clinique à la Faculté de Lyon, asile d'Auxerre (Yonne).
Thulié, H., La Pergola, quai de Garavan, Menton (Alpes-Maritimes).
Terrade, Louis, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot).
Terrien, ex-interne des asiles de la Seine, Les Essarts (Vendée).
Valentin, directeur de la *Revue de Psychologie*, boulevard St-Germain, 174, Paris.
Vallon, médecin en chef, asile de Villejuif (Seine).
Vigouroux, médecin-adjoint, asile de Dun-sur-Auron (Cher).
Voisin, Jules, médecin de la Salpêtrière, 58, Faubourg Poissonnière, Paris.
Villard, rue St-Jacques, Marseille, professeur à l'Ecole de Médecine,
Vial, rue Sainte, 47, Marseille.

Asile d'aliénés de St-Athanase, Quimper (Finistère).
Asile d'aliénés de St-Ylie, Dôle.
Asile d'aliénés de St-Luc, Pau.
Asile d'aliénés de St-Alban (Lozère).
Asile d'aliénés de Braqueville, Toulouse.
Asile d'aliénés de Marseille.
Asile d'aliénés de Ville-Evrard par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
Asile d'aliénés de Prémontré (Aisne).

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER.— Les médecins aliénistes et neurologistes français se réunissent chaque année dans une des villes de France.

ART. 2.— Chaque Congrès désigne, au cours de sa session, le lieu où il se réunira l'année suivante, le président et le secrétaire général du Congrès suivant.

ART. 3.— La durée du Congrès est de six jours. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une le soir.

ART. 4.— La première séance est ouverte par le président du Congrès de l'année précédente, qui remet les pouvoirs à son successeur.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on nomme deux vice-présidents et des secrétaires de séances.

ART. 5.— Le Bureau nommé à la Direction du Congrès modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

ART. 6.— Les membres adhérents ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 7.— Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne peuvent occuper la tribune plus de vingt minutes.

Les rapporteurs, pour l'exposé verbal des principaux points de leur rapport écrit, n'ont pas de temps limité.

Art. 8.— Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire-général, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. A défaut de ce résumé, le texte rédigé par les secrétaires des séances en tiendra lieu.

Art. 9.— Les rapports imprimés doivent être distribués aux membres adhérents au moins un mois avant l'ouverture du Congrès. Les comptes-rendus seront imprimés et distribués le plus tôt possible après la session.

Art. 10.— Le Bureau a le droit de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire-général dans les deux mois qui suivent la clôture de la session ne sera pas imprimé.

Art. 11.— Le Bureau de chaque Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue, avec le Président et le Secrétaire général élus un an d'avance, le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante, en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où l'on doit se réunir.

COMPTE-RENDU FINANCIER DU CONGRÈS D'ANGERS (1898)

Présenté par le Dr PÉTRUCCI, *Secrétaire général*.

RECETTES		
Reliquat du Congrès de Toulouse	954	65
116 Cotisations à 20 fr.	2.320	»
6 Cotisations à 10 fr. (étudiants)	60	»
Subvention du Conseil Général pour concourir à l'organisation du Congrès et à la réception à l'Asile départemental	2.000	»
Subvention de la ville d'Angers	300	»
Cotisations du banquet	645	»
TOTAL	6.279	65

DÉPENSES		
Frais de réception à la Mairie	86	60
Banquet par souscription	1.017	75
Frais de réception à l'Asile	1.541	15
Correspondance, Gratifications / Frais divers	341	30
Imprimés, frais de bureau	214	50
Impression des Rapports	678	»
Impression des Comptes-Rendus	1.275	»
Frais d'envoi des Comptes-Rendus	102	»
TOTAL	5.256	30

BALANCE

Recettes	Fr.	6 279 65
Dépenses	»	5.256.30
RESTE	Fr.	1.023 35

SÉANCE D'OUVERTURE

Mardi, 4 avril (*matin*)

La séance d'ouverture du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et de langue française a eu lieu le mardi 4 avril, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre d'anatomie de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie. C'est une annexe, de date récente, de l'ex-château impérial, offert à Napoléon III par la ville de Marseille. Sous la République, il fut rétrocédé à la Ville par l'ex-Impératrice Eugénie, devint d'abord un hôpital de cholériques et, plus tard, l'Ecole de Médecine. D'une architecture un peu lourde, il a un mérite que personne ne peut contester, c'est sa situation exceptionnelle. Placé sur un promontoire, à l'entrée du Vieux-Port, en poste avancé sur les magnifiques forts de Vauban, à la silhouette imposante, il domine les nouveaux ports et a pour horizon les îles, la pleine mer et les collines de l'Estaque, dont les crêtes dénudées et de couleur changeante forment un cadre aussi grandiose qu'attachant. Ce panorama a été à ce point l'éblouissement des yeux des membres du Congrès, que nous n'essayerons pas de suppléer à l'enthousiasme de leurs impressions par une description qui ne pourrait que la diminuer.

Le château en entier, avec ses vastes dépendances, avait été mis à la disposition du Congrès par le savant Directeur de l'Ecole, M. le Professeur Livon, dont nous ne saurions trop louer l'amabilité et la bienveillance. On est toujours sûr, quand il s'agit d'œuvre scientifique et de sentiments de confra-

ternité, de pouvoir compter sur son concours et son activité. Les congressistes ont été unanimes à le reconnaître et heureux de lui en témoigner toute leur gratitude.

Par ses soins, les baies qui précèdent la salle des Pas-Perdus, et les portes d'entrée de l'amphithéâtre d'anatomie avaient été somptueusement décorées de portières de velours rouge à crépines d'or.

A 10 heures précises le bureeu prend place sur l'estrade qui lui avait été réservée.

M. le Docteur Flaissières, Maire de Marseille, préside. A sa droite, MM. les Docteurs Doutrebente, Président du Congrès, Drouineau, Inspecteur-Général des Services Administratifs du Ministère de l'Intérieur, Lachaux, Trésorier. A sa gauche, MM. les Docteurs Livon, Directeur de l'Ecole et Boubila, Secrétaire-Général.

Les places d'honneur, situées dans l'hémicycle, en face de l'estrade, étaient occupées par M. Floret, Préfet des Bouches-du-Rhône et Cénac, Procureur de la République.

M. le Maire déclare la séance ouverte et prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai le très grand honneur d'ouvrir la 10me session de votre Congrès.

Vous vous êtes réunis plus nombreux que jamais ; chacun d'entre vous apporte une égale volonté à contribuer à l'œuvre commune. Vous venez ajouter à l'édifice scientifique le résultat loyal de vos recherches patientes, éclairées. Vous proposerez à l'examen critique de tous, le fruit de vos travaux personnels, de votre expérience de chaque jour, et, avec ce désintéressement absolu dont s'honore la science, vous aurez ajouté de nouvelles et précieuses formules destinées à combattre, à vaincre la maladie.

Vous, Messieurs les Médecins Neurologistes, vous étudiez et soignez les maladies nerveuses qui n'altèrent pas, du moins en apparence, l'état intellectuel et mental de l'individu. Vous aurez, sans doute, apporté un contingent important à l'œuvre du Congrès. Ample doit être, en effet, pour vous la moisson, en cette fin d'un siècle dont le surmenage ne sera pas un des moindres caractères, se traduisant par une infinité de formes au milieu de conditions sociales multiples ! Mais — combien j'ai hâte

d'ajouter que l'importance que vous avez prise dans le tournoi scientifique est due à d'autres causes que la multiplicité des sujets que vous étudiez et que vous soignez. Votre haute valeur fait l'admiration des savants ; elle inspire aux malheureux malades la confiance et l'espoir. C'est avec joie que je rends hommage aux praticiens éminents, aux professeurs déjà célèbres qui représentent avec tant d'autorité la neurologie et que je vois prenant part à votre Congrès.

Vous avez su, chers confrères et chers maîtres, pénétrer les secrets restés si longtemps insondables des maladies du cerveau et de la moelle. Il n'est pas un symptôme, que vous n'ayiez analysé, auquel vous n'ayiez donné sa nette et véritable signification. Vous avez pénétré avec la micrographie, dans les molécules elles-mêmes des organes qui font l'objet de vos études ; vous vous êtes appropriés bien promptement, pour les appliquer à la guérison des maladies, toutes les découvertes de la physiologie... Et qui pourrait affirmer que vos savantes inductions, n'ont point, à leur tour, servi de guide à la physiologie elle-même dans son évolution et éclairé bien des points obscurs dont se trouve parsemée cette science des phénomènes mystérieux de la vie ? Aussi, suivez-vous avec sûreté la voie qui vous est tracée, aussi, voyons-nous, chaque jour, la précision se substituer à *l'à peu près* dans votre diagnostic, tandis que vous fixez judicieusement les indications du traitement, faisant ainsi succéder la période rationnelle à la période du tâtonnement et du hasard.

Au surplus, si le fonctionnement normal du cerveau et de la moelle, si les maladies de ces organes recèlent encore quelques problèmes non résolus, si en raison d'une science incomplète l'homme doit subir encore, sans défense utile, certains assauts de la maladie, l'union des médecins neurologistes et aliénistes, dans une étude commune, hâtera certainement la solution favorable.

Votre ardeur à chercher la vérité, Messieurs les Médecins aliénistes, est égale à celle de vos collaborateurs, et je salue ici, à la fois les savants, les hommes de cœur, dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement.

Est-il rien de plus triste, de plus digne de pitié, que le sort des malheureux que vous recevez dans vos asiles ? Mais est-il rien de plus admirable, de plus consolant que la sollicitude dont vous les entourez ? Combien nous sommes loin, par la science, des conceptions erronées que se faisaient de l'aliénation mentale, ou les anciens qui l'attribuaient aux Dieux, ou les populations du moyen-âge terrorisées par les visions de *l'au-delà* et qui la mettaient sur le compte du Diable. Combien aussi, nous sommes loin, et heureusement, des méthodes de traitement, inertie ou tortures inspirées par de telles conceptions ! A Pinel, à Esquirol, à

Aubanel, à Sauze, à leurs disciples, la reconnaissance des générations qui les suivront. Honneur à vous, Messieurs, qui continuez l'œuvre de science et d'humanité ! Merci pour ceux auxquels votre expérience éclairée rend quelquefois la raison. Merci plus encore pour ceux que la maladie, la maladie implacable a frappés pour jamais, devenus objets inertes, repoussants ou redoutables, et, auprès desquels votre inépuisable bonté se manifeste comme un suprême témoignage de la solidarité dans la souffrance humaine...

Et voilà pourquoi, Messieurs, au nom de la généreuse population de Marseille éprise de tout ce qui est beau et grand, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue parmi nous !

M. le Maire donne la parole à M. le Docteur Doutrebente, Président du Congrès, qui s'exprime en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Le premier devoir du Président du 10e Congrès de Médecine mentale et de Neuropathologie est de remercier, en votre nom, le Président du Congrès d'Angers, M. le Dr Motet, qui après avoir dirigé nos travaux l'an dernier avec tant de tact, de dignité et de charme, a bien voulu étendre son action tutélaire à la préparation et à l'organisation du Congrès actuel.

Je n'ignore point que de tels précédents sont redoutables et faits pour intimider les plus vaillants ; j'en fais aujourd'hui l'expérience.

Appelé par vos suffrages à prendre la situation où M. le Dr Motet a bien voulu me conduire et m'installer de sa main à l'étreinte loyale et quasi-paternelle, j'ose m'inspirer des exemples et des conseils dont il fut prodigue à mon égard, en toute circonstance depuis trente années.

Pénétré de l'idée qu'on peut lui succéder sans songer à le remplacer, je me résigne à tenir le rôle modeste et relativement facile d'un élève respectueux de la tradition et des exemples du maître incomparable dont vous appréciez tous les relations aussi agréables que sûres et cordiales.

Que si, jusqu'à présent, nos congrès annuels ont réussi au delà de toute espérance, une grande part vous en revient assurément, mes chers collègues ; mais vous n'ignorez pas et j'estime avec vous, que la réussite a toujours été préparée et assurée par les dévoués secrétaires généraux que furent MM. Parant, Régis, Giraud, Hospital, Mabille, Vernet et Pétrucci.

Il en sera de même à Marseille, où votre Président a eu la bonne fortune de rencontrer comme secrétaire-général, un excellent confrère et ami de la veille, le Dr Boubila ; il savait, en effet, qu'il pouvait, en toute sécurité, escompter à l'avance, son activité, son initiative, son influence locale, que le temps et l'ancienneté des services rendus, dans le même lieu, procu-

rent à ceux, qui, comme lui, dévoués à leurs malades et aux intérêts de notre corporation, contribuent aussi à en relever le niveau moral par la dignité de leur vie. Dans chaque région nous avons toujours trouvé l'indispensable cheville ouvrière du Congrès, le Secrétaire-général ; mais il est encore un élément de succès chaudement apprécié et que nous savions également exister à Marseille ; je fais allusion, Mesdames, au rôle gracieux que vous savez si bien tenir dans nos Congrès et que vous tiendrez ici avec le concours précieux de Mme Boubila dont je signale respectueusement la présence à cette séance d'inauguration.

Je ne sais, mes chers collègues, si vous avez souvenance d'un toast porté, en un précédent Congrès à la maîtresse du médecin. Vous vous rappelez certainement combien fût grande notre anxiété pendant quelques minutes et avec quels soupirs de soulagement, nous accueillîmes le nom de cette maîtresse, c'était la science ; c'est qu'on pouvait s'y tromper, on nous en connaît au moins une autre avec laquelle Puissants et Humbles doivent aujourd'hui compter sinon flirter, c'est *la Presse*. Disons tout de suite, qu'elle nous fut toujours fidèle, qu'elle a constamment pris soin, d'annoncer nos congrès, de publier tous les documents et les renseignements dont les congressistes pouvaient avoir besoin et qu'enfin, sans mesurer jamais le nombre et l'étendue des communications, elle en a publié des comptes-rendus aussi attrayants qu'impartiaux.

Nous comptons sur vous, Messieurs de la Presse, comme vous pouvez compter sur tous les membres du bureau pour vous faciliter les devoirs pénibles de votre profession, devoirs qui se continuent souvent aux heures où vous auriez bien le droit de vous distraire ou reposer.

Mesdames, Messieurs,

Marseille n'est pas seulement la grande ville, la Métropole industrielle et commerciale, où se font les grands échanges économiques des produits récoltés ou manufacturés dans le nouveau et l'ancien continent, le Nord et le Midi, l'Orient et l'Occident ; c'est aussi la ville antique, riche en gloire et en souvenirs historiques, où les arts, les sciences et les lettres sont cultivés avec un soin jaloux.

Je n'en veux pour preuve que l'empressement que tous ici, Administrateurs, Médecins ou Corps élus ont mis à accueillir les Congrès scientifiques pour l'avancement des sciences en 1891, de gynécologie en 1898 et le nôtre enfin en 1899.

C'est, qu'en effet, à Marseille, sans parler plus longtemps de ce qui n'est pas relatif à notre spécialité, nous trouvons, dans le passé et le présent, des hommes de science dont le savoir et le dévouement ont contribué dans une large part à l'extension de notre domaine scientifique et à l'amélioration du sort des aliénés.

Aubanel et Sauze, parmi ceux qui ne sont plus, attirent tout d'abord l'attention et s'imposent à nos souvenirs.

Aubanel, né à Auriol (Bouches-du-Rhône) le 4 novembre 1811, étant fils et petit-fils de médecin, vint habiter Paris en 1833 pour y étudier la médecine ; interne des hôpitaux en 1836, il sollicita et obtint une place d'interne à Bicêtre dans le service de Ferrus, à l'époque où l'enseignement du maître était recherché par un grand nombre d'élèves, qui devinrent, plus tard, les chefs de service dans les asiles d'aliénés de France dont Ferrus a dirigé et surveillé la création ou la réorganisation.

Initié par Ferrus à la pratique des maladies mentales, Aubanel fut, en 1840, nommé médecin-adjoint du Dr Guiau qui, seul jusqu'alors, avait été chargé du service médical des hospices St-Lazare et St-Joseph, où étaient placés les aliénés de Marseille et des environs.

La comparaison entre la condition des aliénés à Bicêtre et à la ferme Ste-Anne avec ce qu'elle était aux hospices St-Lazare et St Joseph, fut des plus pénibles pour Aubanel ; il en fut révolté, indigné, mais fut cependant assez heureux pour décider l'Administration des Bouches-du-Rhône à la création de l'asile St-Pierre.

Le Dr Guiaud ayant pris sa retraite, Aubanel fut nommé médecin en chef du nouvel asile en 1843, et même, par suite de la terreur qu'inspirait au directeur Donnadieu le transfert des aliénés d'un établissement à l'autre, Aubanel fut directeur intérimaire pendant la période d'installation, et ce n'est qu'après avoir tout prévu, tout organisé et mis en marche, qu'il demanda lui-même à être relevé de ses fonctions de directeur en faveur d'un homme qui sut s'inspirer de son exemple et de ses conseils.

En récompense de ses éclatants services, Aubanel était nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1852 ; Secrétaire, puis Président de la Société de Médecine de Marseille ; il fut encore placé à la tête du Comité médical des Bouches-du-Rhône, une œuvre de bienfaisance en faveur de médecins éprouvés par des revers de fortune ou la maladie.

Pour cette œuvre, Aubanel se dépensa largement ; il en était, pendant sa vie, le bienfaiteur anonyme, et pour que le bien qu'il avait fait fût continué après lui, il légua à ce comité médical une somme de 4.000 francs.

Les dernières années d'Aubanel furent pour lui terribles et particulièrement douloureuses; il eut le malheur de voir successivement mourir ses deux filles, ce dont il demeura inconsolable.

Enfin, une plainte en séquestration arbitraire faite contre lui et un médecin de Marseille vint mettre le comble à ses chagrins. Un instant, Aubanel sembla se raidir contre la mauvaise fortune, il porta la question devant le Conseil d'Etat qui, après en avoir délibéré, mit la haute honorabilité d'Aubanel en dehors de toute atteinte.

Le 23 janvier 1863, Aubanel, âgé de 52 ans seulement, fut emporté par une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

Mme Aubanel, en souvenir de son mari, a fondé sous ce nom un prix triennal à la Société médico-psychologique de Paris.

Si j'ai exposé aussi rapidement la vie d'Aubanel, c'est à contre-cœur, car rien ne paraissait plus facile à faire que l'éloge du savant, de l'homme de bien et du fonctionnaire idéal, imbu des principes éternels de vérité, de justice et de solidarité humaine ; mais il m'a semblé que ce qui avait été fait et d'une façon si complète et si remarquable, une première fois à Marseille en 1863 par le Dr Barthélemy et une seconde fois à Paris en 1876, par M. le Dr Motet, parlant au nom de la Société Médico-psychologique, ne devrait plus être tenté sans porter atteinte au souvenir « d'une existence « faite tout entière de volonté patiente, d'honnêteté, de droiture, où les « vertus domestiques transportées de la vie privée dans la pratique de « la Médecine, semblent avoir également servi à se bien conduire et à « travailler bien. — (Motet, — Eloge d'Aubanel) ».

Le Dr Thore, un ami de première heure, a publié lui aussi une esquisse nécrologique et une étude sur les travaux scientifiques d'Aubanel ; elle a paru en 1863 dans les *Annales Médico-psychologiques* : on y trouve, avec des considérations d'ordre supérieur, des indications pratiques en matière de médecine légale des aliénés.

Parmi les collaborateurs d'Aubanel, nous trouvons le Dr Sauze, bien connu des médecins aliénistes de notre génération.

Sauze, Jehan-Victor-Alfred est né à Marseille, le 16 janvier 1828 ; son père, homme d'une grande érudition, était chef de division à la Préfecture.

Il consacrait ses loisirs à l'éducation et à l'instruction de son fils, qui termina ses études secondaires au Lycée de Marseille.

A 24 ans, Sauze, après de brillants examens obtenait son diplôme de docteur à la Faculté de Médecine de Paris et était, en 1852, nommé médecin-adjoint de l'Asile St-Pierre ; il ne fut nommé médecin en chef que 17 ans plus tard, c'est-à-dire en 1869, à l'époque où il s'était créé à Marseille une brillante situation, comme médecin des prisons, des postes, des douanes et comme secrétaire de la Société de Médecine de Marseille.

L'Administration centrale en le nommant un jour directeur-médecin de l'asile de Châlons, lui donna l'occasion de se rendre indépendant en abandonnant la carrière pour laquelle il était si bien préparé.

Placé en congé illimité, il eut la générosité, pour déférer aux désirs de l'Administration, de faire pendant plusieurs années, un service quotidien au quartier des femmes de l'asile St-Pierre.

Pourvu du titre de médecin honoraire des asiles d'aliénés, Sauze qui n'avait jamais voulu quitter Marseille, où il était né et où il s'était marié, fondait en 1876, au Canet, la première maison de santé consacrée au traitement des maladies mentales et nerveuses ; son initiative et ses efforts furent couronnés de succès bien légitimement acquis :

En 1878, Sauze devint adjoint au Maire de Marseille en raison de

l'estime et de la considération générales dont il jouissait dans sa ville natale, exception louable et toute en sa faveur.

Les publications scientifiques de Sauze, trop longues à énumérer et étant d'ailleurs bien connues de vous, mes chers collègues, j'ai tenu à vous en éviter la lecture.

Je me contenterai de vous indiquer que les faits observés par Sauze et les remarquables considérations cliniques qui les accompagnent, sont de toute actualité, puisqu'il s'est particulièrement préoccupé des rémissions déconcertantes qui surviennent dans le cours de la paralysie générale confirmée et surtout des paralysies progressives avec ou sans délire, qu'on observe de préférence dans la clientèle de ville et les hôpitaux ordinaires. Nous ne pouvons pas enfin passer sous silence son remarquable mémoire sur la stupidité remis en honneur aujourd'hui comme une des formes de la confusion mentale.

Le Dr Sauze mourait prématurément en 1884 à l'âge de 56 ans, entouré de l'estime de ses concitoyens, de ses confrères de Marseille et de tous les aliénistes de Paris et de province ; l'homme privé a laissé des souvenirs inoubliables et des amitiés non encore lassées, ainsi que me l'a écrit le Dr Audiffrent et me l'ont affirmé tant d'autres qui m'ont vanté l'aménité de son caractère, son esprit cultivé et primesautier, et enfin ses sentiments exquis de bonne confraternité.

Il ne reste pas seulement de Sauze des travaux scientifiques, des amis fidèles ; il reste mieux encore, il reste des souvenirs et des témoignages vivants, des parents, *une fille*, en tout point, digne d'un tel père et mariée à un grand industriel, M. Paul Boude, chevalier de la Légion d'honneur, bien connu et hautement apprécié dans le Tout-Marseille ; c'est un remarquable représentant de cette caste, la seule admissible de nos jours, la caste *des hommes utiles*, qui font la Patrie grande, forte et riche.

Dois-je encore vous dire, mes chers collègues, qu'avec des savants comme le regretté Prosper Despine, on retrouve à Marseille un élève direct direct et favorisé qu'Auguste Comte enleva à l'Ecole Polytechnique pour lui faire étudier la médecine, j'ai nommé le Dr Audiffrent.

Vous parlerais-je du Dr Lachaux, un de nos doyens, élève de Morel, dont ce dernier me parlait souvent et qu'il avait en grande estime ; son fils, ancien interne des asiles de la Seine, a consenti à prendre, dans le Comité d'organisation, les ingrates fonctions de trésorier. Je vous livre leurs noms en vous souhaitant de les connaître pendant votre séjour à Marseille.

Je devrais peut-être aussi vous citer tous nos confrères de Marseille, les professeurs, les médecins ou chirurgiens des hôpitaux qui forment au Comité d'organisation une escorte nombreuse, utile, précieuse et fort enviable ; mais je ne veux pas plus longtemps mettre votre patience à contribution.

Je dois, cependant, signaler, parmi nos adhérents marseillais, le nom du Dr Grenier, car il est alité et ne pourra pas assister à nos séances ; au nom de l'Association des Anciens Internes des Asiles d'Aliénés de la Seine dont il fait partie, je lui adresse l'expression de nos sympathies et les vœux que nous formons pour sa prompte guérison. Le Dr Grenier recevra avec grande joie la visite de ses anciens collègues et amis de la Seine.

Monsieur le Maire,

Nous ne pouvons pas aujourd'hui, dans un congrès médical oublier que le Maire de Marseille est un médecin, un confrère ; nous savons tous qu'il apporte dans l'exercice de ses fonctions municipales, avec les sentiments humanitaires dont tout médecin est imprégné, une grande élévation d'esprit, un grand amour de la justice et qu'il s'efforce de réaliser les idées prédominantes actuelles : la recherche du mieux, dans l'amélioration du sort de chaque citoyen.

Ces idées sont les nôtres, Monsieur le Maire, et nous les appliquons aux plus incapables, aux êtres privés du plus noble de nos attributs : *la Raison*.

Au nom du Comité d'organisation et des membres du Congrès, nous vous prions, Monsieur le Maire, de recevoir, et de faire agréer aux conseillers municipaux de Marseille notre salut cordial et nos sentiments de gratitude pour les témoignages d'intérêt que nous avons reçus par votre généreuse intervention.

Monsieur le Préfet,

Je ne saurais trop vous remercier de l'empressement que vous avez mis à nous faciliter l'organisation du Congrès actuel et de l'accueil bienveillant que vous avez bien voulu faire au Président du Congrès lorsqu'il vint à Marseille, tâter le terrain, prendre pied et entrer en relation avec les membres du Comité d'organisation ; vous avez aplani, par votre intervention, nombre de difficultés et consenti malgré la précipitation de nos démarches, à nous appuyer et à rendre possible, une tâche, qui tout d'abord paraissait au-dessus de nos forces.

La plupart d'entre nous, venus de tous les points du territoire français sont des fonctionnaires dévoués aux institutions qui nous régissent et sont très honorés de saluer en vous, le représentant du Gouvernement de la République dans le département des Bouches-du-Rhône.

Monsieur le Procureur de la République,

En assistant à cette séance d'inauguration, vous nous avez donné une preuve nouvelle de l'intérêt que vous portez à nos travaux. A notre époque d'ailleurs, on ne discute plus la nécessité des expertises médico-légales et

partout magistrats et médecins ont les rapports les plus fréquents, les plus faciles et les plus agréables pour le plus grand bien des justiciables.

Je sais bien qu'on cherchera souvent encore à relever contre nous des contradictions plus apparentes que réelles, mais toujours regrettables ; les congrès provinciaux ont précisément pour but d'arriver à une entente et à des idées communes et c'est pour cela qu'à chaque congrès un sujet de médecine légale est toujours imposé et désigné à l'avance. En agissant ainsi, Monsieur le Procureur de la République, nous affirmons le désir et l'intention bien arrêtés, tout en restant dans nôtre rôle d'experts, d'être en mesure de répondre avec autorité aux questions que vous nous faites souvent l'honneur de nous transmettre sous forme de commission rogatoire à fin d'expertises médico-légales.

Monsieur l'Inspecteur-Général,

M. le Ministre de l'Intérieur qui s'intéresse toujours à nos travaux vous a désigné cette année pour le représenter à Marseille, comme il l'avait déjà fait pour les Congrès de La Rochelle et de Toulouse.

Nous sommes enchantés de vous revoir au milieu de nous, cher Monsieur Drouineau, toujours aussi actif, prêt à partager nos travaux et à nous prodiguer les bons conseils et les encouragements.

Et vous tous, mes chers Collègues, adhérents du Congrès, au nom du Comité d'organisation, recevez toutes nos félicitations.

Merci d'avoir répondu à notre appel, d'avoir compris qu'avec l'intention bien arrêté de travailler sans relâche à l'extension de notre domaine scientifique, vous n'avez pas oublié que pour travailler utilement, l'union est nécessaire dans toutes les corporations, que le travail en commun s'impose souvent et qu'il a, en tout cas, l'avantage primordial de nous présenter les uns aux autres, de créer entre nous des relations suivies, de nous faire connaître et par suite, estimer réciproquement à notre juste valeur.

Sur l'invitation de M. le Maire, M. le Docteur Drouineau, Inspecteur-Général, prend la parole :

Messieurs,

Je ne suis pas pour vous un nouveau venu, et je suis bien persuadé que vous me permettriez aisément de prendre place parmi vous et de m'associer à vos travaux sans qu'il soit nécessaire de vous rappeler que je viens ici pourvu d'une mission officielle et chargé de représenter, au Xe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, le Gouvernement de la République. Je dois, cependant, vous donner la sincère assurance que M. le Président du Conseil, M. Legrand, sous-secrétaire d'Etat, M. Monod,

directeur de l'Assistance publique, s'intéressent vraiment à vos laborieux efforts et à vos travaux.

Depuis le Congrès de La Rochelle, où, si mes souvenirs sont exacts, je fus, pour la première fois, chargé d'une mission semblable, M. Monod, mon collègue Reynard et moi-même, nous avons pu, à tour de rôle, suivre presque tous vos Congrès, et, c'est là, il me semble, une preuve incontestable de mon affirmation et un témoignage certain de l'intérêt que portent à vos travaux le Gouvernement et l'Administration supérieure de l'Assistance publique.

Il n'en peut être autrement, et, sans aucun doute, tout comme nous, vous en avez conscience.

Quelles que soient les thèses scientifiques que vous défendiez ici, quelque ardues ou profondes que soient vos discussions, les conséquences que vous en tirez, les applications même éloignées qui en découlent, sont de nature à augmenter vos ressources en matière de thérapeutique mentale, à modifier ou à perfectionner l'organe hospitalier où s'exerce votre action et, nous, administrateurs plus que médecins, qui sommes appelés à prendre parti dans toutes ces questions d'assistance ou d'hygiène hospitalière, nous devons, sous peine de faillir à notre tâche, vous suivre attentivement dans la voie où vous entraînent l'expérience acquise, l'observation clinique et même la laborieuse investigation du laboratoire ou de l'amphithéâtre.

Si je ne méconnais pas, vous le voyez, Messieurs, l'obligation impérieuse qui m'est faite d'être un de vos auditeurs assidus, si je suis vivement honoré de la mission qui m'est confiée, je n'oublie pas, non plus, permettez-moi de vous le dire en terminant, le plaisir personnel que je prends à me retrouver parmi vous, ni l'utilité de nos rapports plus intimes, ni l'accueil bienveillant et sympathique que vous avez toujours bien voulu me réserver.

Après ces discours qui ont été chaleureusement applaudis, M. le Président annonce que le Congrès se réunira à 2 heures très exactement.

Formation du Bureau.

Exposé du rapport du Dr Anglade sur les délires systématisés secondaires.

M. le Maire lève la séance.

Délires systématisés secondaires

Par le Dr D. Anglade, médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de Toulouse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Sommaire :

Dans quel sens on peut dire que les délires systématisés secondaires n'ont pas d'histoire.— On leur en peut constituer une avec des éléments pris dans l'histoire de la paranoïa et celle des psychonévroses.

I. — *En Allemagne :* Heinroth. — Griesinger et sa doctrine trop absolue : les délires systématisés sont toujours secondaires. — Albers, Neumann, etc — Snell et Sander : les délires systématisés sont le plus souvent primitifs. — Koch et Pelmann : il n'existe pas de délires systématisés secondaires. — Ils demeurent dans les classifications au rang des démences secondaires. (Krafft-Ebing, Krœpelin). — Vains efforts de Mendel, Nasse, Brassert pour les réhabiliter.

II. — *En Italie :* La psychiâtrie italienne intervient après la réaction contre la doctrine allemande de Griesinger. — Buccola, Morselli, Amadei et Tonnini. — Tonnini : il existe une paranoïa secondaire. Elle ne diffère de la primitive que par le mode d'apparition des causes qui la préparent. — La constitution paranoïenne se réalise dans les deux cas. — Del Greco : Sa manière de concevoir la paranoïa secondaire est à peu près celle de Tonnini.

III. — *En Russie :* Rosenbach, Korsakow, Ouspensky, Serbski. — *En Angleterre :* Hach Tuke et Bucknill. — *En Amérique :* Spitzka. — *En Portugal* : J. de Mattos. — Tous reconnaissent l'existence de délires systématisés secondaires, en leur attribuant une importance différente.

IV. — *En France :* De Pinel et Esquirol à Lasègue. — Morel. Il n'est pas question des délires systématisés secondaires. — Foville, Legrand du Saulle. — Deux années de discussions à la Société médico-psychologique (1886-88). — Observations de délires systématisés secondaires non inscrites sous ce diagnostic : Dagonnet, Camuset, J. Falret. — Séglas : Délire de persécution et mélancolie. — Délire mélancolique. — Encore à la Soc. méd. psych. (1896. Falret : Nécessité de classer à nouveau les délires systématisés de persécution). — Lalanne, Vallon et Marie. — Le délire de négation est un type de délire systématisé secondaire. — Depuis le Congrès de Blois : Arnaud, Séglas et Sourdille, Toulouse, Séglas, etc...

Les délires systématisés secondaires, comme les peuples heureux, n'ont pas d'histoire. Pour leur en constituer une, il faut suivre, pas à pas, l'évolution historique des psychoses systématisées primitives et noter, chemin faisant, les concessions faites aux psychoses secondaires.

Sans doute, on voit des psychoses secondaires se mettre au premier rang, dans la psychiâtrie allemande, pendant une période assez longue. Sans doute, on les voit, dans la psychiâtrie italienne, se rapprocher des psychoses primitives jusqu'à se confondre avec elles. Mais, si des aliénistes compétents pensent pouvoir justifier ce rapprochement, nous en verrons d'autres le désavouer en ne considérant les délires systématisés secondaires que comme des formes de démence consécutive aux psychonévroses.

Ils ne méritent, nous essaierons de le démontrer, ni « cet excès d'honneur, ni cette indignité. » Mais, on peut s'expliquer ainsi qu'ils n'aient point d'histoire propre.

De l'histoire des psychoses systématisées primitives, de la paranoïa en général, pour nous servir d'une expression adoptée par presque tous les aliénistes, de cette histoire, disons-nous, on peut dégager une histoire des délires systématisés secondaires.

Des revues historiques sur la paranoïa ont été faites dans tous les pays. En Allemagne, Cramer (1) ; Tanzi (2) en Italie ; de Mattos (3) en Portugal ; Séglas (4), Kéraval (5) et Roubinovitch (6) en France, ont contribué à faire la lumière sur

(1) Cramer. — Abgrezung und Differential-Diagnose der Paranoïa (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, LI 2.

(2) Tanzi. — La Paranoïa (Delirio sistematizzato) e la sua evoluzione storica. Rivista sper. di freniatria, anno X, 1884, page 159 à 174.

(3) De Mattos. — A Paranoïa, Lisbonne, 1898.

(4) Séglas — La Paranoïa. Délires systématisés et dégénérescences mentales. Histor. et crit. Arch. de neur. n° 37, p. 62 ; n° 38, p. 221 ; n° 39, p. 393, année 1887, vol. XIII.

(5) Kéraval. — Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de Paranoïa. — Archives de neurologie, 1895-96, n°s 94-95-96.

(6) Roubinovitch. — Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne. Doin, édit., 1896, p. 135 à 158.

les opinions successivement émises. Ces divers auteurs sont d'accord pour signaler les obscurités dont la question s'entoure. Cela est si vrai, qu'ils ne l'envisagent pas tous de la même façon avec les mêmes documents.

Nous avons puisé largement dans ces revues historiques. Mais, elles avaient le droit de négliger ou de ne pas insister sur la question spéciale qui nous occupe. Nous avions le devoir d'aller nous-même aux sources.

Les recherches bibliographiques nous ont été singulièrement facilitées par la complaisance du Dr Graciette qui a bien voulu mettre à notre entière disposition les collections de la Bibliothèque universitaire de Toulouse. Nos remerciements n'ajouteront rien à la satisfaction que notre aimable confrère éprouve à voir mettre à profit des ressources précieuses.

Pour mettre un peu d'ordre dans une question si complexe, il est nécessaire de l'envisager séparément dans les diverses psychiâtries. Aussi bien, cette division se justifie, si l'on considère que les aliénistes, dans chaque pays, semblent prendre à cœur d'ignorer ce que l'on pense dans le pays voisin. La question évolue distinctement en Allemagne, en Italie, en France, etc. Les opinions émises au-delà du Rhin ou des Alpes, n'influencent pas celles qu'on exprime de notre côté.

Pour ces raisons, il nous a paru nécessaire d'étudier successivement les délires systématisés : en Allemagne, en Italie, en Russie, en Angleterre, en Amérique, en Portugal et en France.

I.— En Allemagne

La systématisation délirante avec exagération de la personnalité y est considérée, dès 1818, par Heinroth [1], comme un état secondaire d'exaltation mentale décrit, par cet auteur,

(1) Heinroth.— *Lehrbuch der Storüngen des Seelenlebens*, 1818, I, vol. p. 285.

sous le nom significatif d'*ectasis paranoïca*. Mais, il faut arriver à Griesinger[1] pour voir éclore et se développer, même avec exagération, la notion des délires systématisés secondaires.

Le célèbre professeur allemand, qui n'ignorait point sans doute les tentatives d'Esquirol pour isoler du cadre de la lypémanie les monomanies, enseigna que les délires systématisés sont toujours secondaires. Nous n'avons pas à rechercher ici si cette doctrine constituait une évolution vers la conception des délires primitifs, de ce qu'on appellera, plus tard, le délire systématisé progressif, la *primäre verrücktheit* ; ou si, au contraire, la conception de Griesinger ne fut, pour nous servir de l'expression de Tanzi[2] qu'une interprétation mauvaise de la pensée d'Esquirol. Quoiqu'il en soit, nous trouvons, dans cette doctrine de Griesenger, avec son extension exagérée, des éléments précieux pour la connaissance des formes mentales que nous voulons étudier. « Sous le nom de folie systématisée « *(die verrücktheit)*, nous comprenons, dit Griesinger, ces « états de folie dans lesquels, bien que l'état morbide des sen- « timents qui caractérisait la forme mentale à son début, ait « considérablement diminué ou ait même complètement dis- « paru, le malade ne guérit pas et où la folie consiste dans un « petit nombre de conceptions délirantes fixes qu'il affec- « tionne d'une manière toute particulière et qu'il répète cons- « tamment. La folie systématisée est donc toujours une « maladie secondaire consécutive à la mélancolie et à la « manie[3] ».

L'auteur fait de cette folie secondaire une longue description. On y trouve, à côté des caractères des délirants partiels, ceux que nous verrons propres aux délires systématisés secondaires tels que nous les comprenons. « Le trouble psychique

(1) Griesinger.— *Path. und Thérap. der psych. Krankheiten*, 1845.

(2) Tanzi.— *La Paranoïa e la sua evoluzione storica*, 1884. Rivista sperimentale di freniatria, p. 162.

(3) Griesinger.— *Traité des maladies mentales*. Traduction Doumic, 1865, p. 382.

« consiste dans l'obtusion et la faiblesse de toute réaction « morale. Les sentiments n'existent plus, l'individu est indif- « férent à tout, la volonté est sans énergie ». Un peu plus loin nous lisons : « Dès le moment même de leur admission dans « l'asile, ces malades s'y trouvent à leur aise ; ils ne font « jamais de complot. Un seul gardien les mène comme un « troupeau. Qu'on en punisse un, qu'on l'emmène, cela « n'émeut en rien les autres(1) ». Il est évident que cette description ne s'applique point aux malades atteints de délire systématisé primitif, dont Griesinger reconnaîtra plus tard l'existence et auquel il fera la part belle, aux dépens des délires systématisés secondaires.

La doctrine de Griesinger fut longtemps admise en Allemagne. Albers (2) écrit : « Le délire partiel est toujours une « forme de terminaison de la folie avec excitation et dépression ». Spielmann (3) déclare que les délires systématisés supposent toujours une mélancolie ou une manie antérieures. Neuman (4) considère la verrücktheit comme une guérison incomplète de la manie ou de la mélancolie, un état secondaire s'accompagnant de la décadence des facultés ou bien encore : « Une guérison avec perte de substance de l'intelligence ».

Il en résulte, dit J. de Mattos (5), que les médecins de cette époque considéraient les délires systématisés comme des manies et des mélancolies arrêtées dans leur évolution vers la démence, s'attardant dans les formes expansives ou dépressives de la verrücktheit, sous forme de délire des grandeurs ou de délire des persécutions.

A l'encontre de cette doctrine, s'élève, 20 ans plus tard, celle de Snell (6) qui prend, pour le compte d'une forme nou-

(1) Griesinger.— *Loc. cit.* p. 383.

(2) Albers.— *Memoranda der Psychiatrie*, 1852.

(3) Spielmann.— *Diagnostik der Geisteskrankheiten*, 1852.

(4) Neuman.— 1859. Cité par Julio de Mattos. *A Paranoïa*, p. 40.

(5) J. de Mattos. — *A Paranoïa*, p. 41.

(6) Snell.—*Ueber Monomanie als primare Forme der Seelenstorung*. Allg. Zeitschr für Psych. 1865, vol. XXII, p. 368 à 381.

velle qu'il appelle *wahnsinn*, une large part des formes mentales décrites sous le nom de folies systématisées secondaires et qui ne sont, en réalité, que des délires primitifs. Griesinger [1] se range bientôt à cette manière de voir sans accepter le terme *wahnsinn* proposé par Snell. Il conserve le nom de *verrücktheit*. Les délires systématisés secondaires correspondent à la *secondäre verrücktheit* et le délire primitif devient la *primäre verrücktheit*.

C'est alors que se produit une sorte de réaction violente contre la conception des délires systématisés secondaires dont le domaine se restreint d'autant plus qu'il a été plus vaste jusque là. Quelques auteurs allemands en arrivent même à nier leur existence. Koch [2], Pelmann [3] proposent de supprimer l'adjectif *primäre*, dont Griesinger faisait suivre la *verrücktheit*, devenu inutile, disaient-ils, puisqu'il n'existe point de *verrücktheit* secondaire.

Celle-ci survécut néanmoins, mais la place restreinte qui lui fut laissée n'était qu'un hommage rendu à son ancienne importance.

Après les travaux de Snell et de Sander [4], à la question : Existe-t-il une verrücktheit primaire ? commence à se substituer cette autre question : Existe-t-il une verrücktheit secondaire ?

Cependant, Kahlbaum [5] reste fidèle à la doctrine première de Griesinger sur la nature secondaire des délires systématisés. Il admet seulement la possibilité d'une forme primitive à laquelle il donne le nom de paranoïa, réservant celui de verrücktheit pour les formes secondaires [6] ; mais,

(1) Griesinger. — *Arch. f. Psych.* vol I, p. 143. 1868-69. Vortrag zum Eroffmung der psychiatrischen Klinik zu Berlin, 2 mai 1867.

(2) Koch. — *Irrenfreund*, 1880, n° 8, et *Beitrage zur Lehre von der primäre verrücktheit. Allg. Zeits. f. Psych.* B. XXXVI, p. 543.

(3) Pelmann. — *Zeitschr. f. Psych.* vol. XXXVII, p. 58 *del Supplemento* 1882.

(4) Sander. — *Ueber eine specielle Form der primären verrücktheit. Arch. f. Psych.* vol. I. p. 387 et suiv. Ann. 1868-69.

(5) Kahlbaum. — *Gruppiring der psychischen Krankheiten.* Dantzig, 1863.

(6) Kahlbaum. — *Sammlung Klinische vortrage*, n° 126. Leipsick, 1878, p. 11 et 12.

nous l'avons dit, la plupart des auteurs réduisent considérablement la part de la folie systématisée secondaire. De temps en temps, on note bien une tentative faite pour élargir son cadre. Snell ([1]) lui-même décrit une folie systématisée consécutive à la manie, à l'épilepsie, admise depuis par Hertz ([2]), Reipping, Nasse ([3]). Moeli ([4]) admet des formes de délires systématisés secondaires à des maladies fébriles, puerpérales, alcooliques.

Pendant ce temps, des aliénistes tels que Mendel ([5]), Krœpelin, Krafft-Ebing font de la verrücktheit secondaire une forme mentale mal définie, pâle et décolorée, comme dit Tanzi, marquée au coin de la faiblesse mentale.

Mendel consacre à la paranoïa secondaire une monographie spéciale. Pour lui, la paranoïa secondaire est rare ; il n'en connaît que cinq cas sur 150 faits. Il communique à la Société de Psychiâtrie de Berlin trois observations dans lesquelles une folie systématique s'est développée à la suite de syndrômes mélancoliques. La différence qui sépare la paranoïa secondaire de la paranoïa primitive réside dans ce fait que le lypémaniaque trouve en lui-même matière à se plaindre au lieu que le vrai paranoïen cherche dans le monde extérieur la cause de ses sensations. Cette communication de Mendel donne lieu à une discussion à laquelle prennent part : M. Jastrowitz ([6]) qui déclare n'avoir jamais vu une mélancolie vraie se transformer en folie systématique, et Westphal ([7]) qui constate que, lorsque la folie systématique prend son origine dans une mélancolie, on y observe, le plus souvent, des idées hypochondriaques. Or, ces idées hypochondriaques, Westphal les considère comme susceptibles d'être le point de départ des conceptions délirantes de la folie systématique.

(1) Snell. — Loc. cit.
(2) Hertz. — *Allg. Zeitschrift. f. Psych.*, vol. XXXIV, p. 271.
(3) Nasse. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B XXXIV, p. 167, 1878.
(4) Moeli. — *Falle von verrücktheit, in Charité s Annalen*, VII, 1882.
(5) Mendel. — *Ueber secondare paranoïa*. Berliner Gesellschaft f Psych. und nerven. Sitzung, 9 avril 1883. *Neurol. centralb.* n° 5, 1883, p. 215 et 308 et *verrücktheit* (*Paranoïa*). *Eulenburg's Encyclopédie*, nov. 1883.
(6) Jastrowitz. — *Ibidem*. Sitzung, 11 juin 1883.
(7) Westphal. — *Berliner Gesellschaft f. Psych*. Sitzung, 11 juin 1883.

C'est, à peu de chose près, l'opinion de Tuczek (1) qui considère l'hypochondrie comme une forme de début de la paranoïa, tout en reconnaissant que celle-ci peut s'établir secondairement à la mélancolie.

Krœpelin (2) ne nie pas formellement l'existence d'une folie systématisée secondaire. Il décrit même des formes de délire mélancolique que nous classerons parmi les délires secondaires. Ce que le professeur allemand désigne sous le nom de *depressiver wahnsinn* avec idées d'auto-culpabilité et hallucinations sensorielles, formes mentales qui se rapprochent de la mélancolie, l'*expansiver wahnsinn*, sont, pour nous, autant de délires secondaires.

A ce moment, la confusion est complète. La menace de Pelmann : « Nous finirons par ne plus nous entendre entre aliénistes ! », s'est réalisée. On ne s'entend plus entre aliénistes allemands. La même maladie est désignée par des noms divers. Snell et Krœpelin l'appellent *wahnsinn*, Krafft-Ebing et Westphal la désignent sous le nom de *verrücktheit*, Mendel la décrit sous le nom de *paranoïa*. Les formes primitives et les formes secondaires prennent, pour un même auteur, des titres différents et, comme si le besoin d'une dénomination nouvelle se faisait sentir, nous aurons encore celui de *blödsinn secondäre*. A ce moment aussi, intervient et ne contribue pas peu à augmenter la confusion existante, la question de la paranoïa aiguë. Elle ne rentre pas à proprement parler dans notre sujet ; nous ne pouvons cependant la passer sous silence, parce qu'elle contribue à élucider la question des délires systématisés secondaires.

Westphal (3), le premier, admet des formes aiguës de paranoïa, reconnues aussi par Hertz (4), Schaeffer (5). Leur

(1) Tuczek. — *Allg. Zeistck. f. Psych.* B XXXIX 1883. *Congrès annuel de la Soc. des Méd. alién. allemands.* Session d'Eisenach, 1882.

(2) Krœpelin. — *Compendium der Psych.* Leipsick, 1883.

(3) Westphal. — Allg. f. Psych., vol. XXXIV, p. 252.

(4) Hertz. — Allg. Zeitsch. f. Psych., vol. XXXIV, p. 271.

(5) Schaefler. — Allg. Zeitsch. f. Psych., vol. XXXVI, p. 214.

description ne s'éloigne pas sensiblement de celle de la confusion mentale primitive et de la folie catatonique de Kahlbaum ([1]).

Fristch ([2]) désigne la paranoïa aiguë sous le nom de *verwirtheit* que lui reconnaît Krœpelin ([3]). Meynert ([4]) réserve aux mêmes formes le nom d'*amentia*, Krafft-Ebing, celui de *wahnsinn*.

La variété de ces dénominations prouve la diversité dans les manières de voir. On est d'accord sur un seul point: l'existence de formes cliniques n'ayant de commun avec la paranoïa que la tendance à la systématisation du délire, s'en éloignant essentiellement par l'intensité des phénomènes sensoriels qui l'accompagnent.

Mendel reconnaît que le diagnostic différentiel entre la paranoïa aiguë et la manie avec prédominance d'hallucinations est souvent difficile. Tigges ([5]) dit que le délire de la verrücktheit ressemble à celui de la manie et de la mélancolie. Merklin ([6]) avoue qu'on confond souvent la forme aiguë de la paranoïa avec la manie. Pour nous, nous aurons occasion de montrer, au cours de ce travail, que les formes mentales qu'on a désignées sous les noms de *verrücktheit aiguë*, *d'hallucinatorischer verwirtheit*, d'*hallucinatorischer wahnsinn*, d'*amentia*, ne sont peut-être que des formes de psychonévrose ou de confusion mentale, dans lesquelles les idées délirantes épisodiques ou secondaires, offrent une tendance à la systématisation.

La parenté des formes aiguës de la paranoïa et des délires systématisés secondaires est reconnue par Schüle qui admet la possibilité de la transformation, du passage des unes dans

(1) Kahlbaum. — Die catatonique. Berlin, 1874.

(2) Fristch. — Jahrbücher fur Psych., II Bd. 1880, p. 27.

(3) Krœpelin. — Die Abgrenzung der Paranoïa. Centralb. 1892, p. 795 et Psychiatrie, 2e édit., 1889.

(4) Meynert — Die acuten (hallucinatorischen) Formen des wahnsinns und ihr Werlauf.-Jahrbücher f. Psych. 1881, p. 181.

(5) Tigges. — Allg. Zeitschr. fur Psych., vol. XXXIV, p. 731 et suiv.

(6) Merklin. — Studien über die primaere verrücktheit. Dorpat, 1879.

les autres. « Entre les cas extrêmes de délire systématisé « chronique et aigu, dit-il, il existe des cas intermédiaires où « se montre manifestement la parenté de ces deux formes. Le « groupe important de la forme aiguë se trouve n'être autre « chose que la répétition de la forme chronique ». — La forme chronique, ajoute Schüle, « présente souvent des exacerba- « tions qui ne sont autre chose, pour la forme et pour le fond, « que le délire systématisé aigu avec hallucinations. Ce délire « systématique aigu, s'il ne guérit pas, devient une forme « chronique. Toutes ces transitions montrent que la diffé- « rence remarquée tout d'abord n'est pas essentielle et que « ces formes variées sont cependant voisines (1). » On le voit, Schüle fait des délires systématisés aigus, au point de vue de leur sypmtomatologie et de leur évolution, un tableau clinique qui ressemble singulièrement à celui de la mélancolie avec idées délirantes systématisées épisodiques, lesquelles idées délirantes, sont susceptibles de survivre à l'accès de mélancolie et de persister sous forme de délire systématisé secondaire.

L'activité des médecins aliénistes allemands est absorbée, en grande partie, par l'étude de la paranoïa primitive d'une part, par les nombreuses variétés de paranoïa aiguë d'autre part. L'étude de la paranoïa secondaire, forme mentale qui, nous l'avons vu, n'a jamais été complètement rejetée, en souffre. Nous voyons cependant quelques auteurs lui consacrer, de temps à autre, des mémoires de quelque importance.

Il convient de mentionner spécialement celui de Nasse (2). Cet auteur, non seulement admet la possibilité, pour une paranoïa, de provenir de la mélancolie ou de la manie, mais encore cite des cas qui prouvent que la paranoïa peut naître soudainement d'une manie ou d'une mélancolie. Une première observation de Nasse concerne une femme de 30 ans, d'abord

(1) Schüle. — Traité des maladies mentales. 1888. Traduct. Dagonet et Duhamel, p. 122.

(2) Nasse. — *Ueber die plötzliche Nubildung einer Klinischen psychis. Krankheiteform in eine neue.* Zeitsch. f. Psych. 1888, Bd XLIV, H 4 à 5.

hypochondriaque avec des antécédents héréditaires, chez laquelle éclate, soudainement, un accès de mélancolie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, auquel succède une paranoïa chronique avec idées religieuses et idées de grandeur. Le deuxième a trait à une fille de 33 ans, avec antécédents héréditaires, mélancolique qui se croit damnée et devient subitement mystique, mégalomane. La vierge Marie est sa mère. L'empereur viendra le jour anniversaire de sa naissance ; ils monteront tous les deux au Ciel. Dans la troisième, nous voyons une femme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, atteinte successivement de deux accès de manie, séparés par quatre années de santé parfaite. Le second dure huit mois, au bout desquels se déclare une paranoïa avec hallucinations et idées de grandeur.

Pour respecter l'ordre chronologique, il nous faut signaler l'opinion de Werner ( ) qui, nomenclaturant les folies systématisées, range les délires secondaires dans la catégorie de la *paranoïa chronische hallucinatorische secondäre,* celle de Kirn [2] qui veut qu'on désigne la folie systématisée primitive sous le nom d'*ausdruck verrücktheit* et qu'on réserve le terme *wahnsinn* pour les formes secondaires. Un peu plus tard, Werner [3] consacre à la paranoïa une monographie et reconnaît formellement l'existence d'une *paranoïa secundäre* qu'il divise en paranoïa post-maniaque et paranoïa post-mélancolique.

Ici se place un mémoire important de Brassert [4] sur la paranoïa secondaire. La paranoïa a succédé à la mélancolie dans la proportion de 3,51 o/o des cas observés par l'auteur, à la manie dans 1,65 o/o. De son observation, Brassert tire les conclusions suivantes : La paranoïa secondaire post-mélancolique est une maladie rare à laquelle l'hérédité prédispose ;

(1) Werner. — *Ueber die psychia-nomencl. verrücktheit und Wahnsinn.* Neurol Central, 1889, p. 398.

(2) Kirn. — Cité par Werner. Ibidem.

(3) Werner. — *Die Paranoïa. Neurol. Central,* p. 690, 1892.

(4) Brassert. — *Ueber secondäre Paranoïa.* 1895, *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd LII. S. 772.

elle survient après plusieurs accès. Les femmes sont plus atteintes. Elle éclate parfois soudainement ; le plus souvent, elle s'installe lentement ; la guérison est très rare. La paranoïa secondaire post-maniaque est beaucoup plus rare encore que la variété précédente ; elle frappe des sujets porteurs de tares héréditaires, mais s'observe également dans les deux sexes. Lente à se produire dans la plupart des cas, son apparition est parfois rapide ; le pronostic est peu favorable.

Schlöss ([1]) admet qu'une mélancolie typique peut se terminer par une verrücktheit hallucinatoire chronique et cite une observation à l'appui. Cette terminaison peut être aussi celle d'une confusion mentale.

En ce qui concerne spécialement la confusion mentale, Krause ([2]) est aussi d'avis qu'elle peut aboutir à la paranoïa chronique : « La confusion mentale peut éclater, dit-il, si près « du début de la paranoïa qu'elle paraît être le commencement « de la maladie dans les cas qui se développent d'une manière « aiguë ; dans certains cas, elle marque vraiment le début de « la paranoïa. » Et, non seulement la confusion mentale, mais encore ces formes spéciales décrites, par Meynert sous le nom d'*amentia* aiguë, sont susceptibles, d'après Krause, de verser dans la paranoïa chronique. Cette opinion vient à l'encontre de la manière de voir de Krœpelin ; elle est d'accord avec celle de Schüle.

Ziehen (3), dans un travail important, étudie les divers modes de terminaison de la mélancolie. Il reconnaît une variété avec persistance de conceptions impératives. Le diagnostic de cette variété doit être fait surtout avec la paranoïa chronique.

(1) Schloss. — *Ueber die Beziehungen zwischen melancholie und verrücktheit. Jahrb. f. Psych.* 1895. Bd XIV. *An. in Neurol. Centralb.* 1895, p. 742.

(2) Krause (Gœttingue). — (*Ueber Zustände von verwirrtheit und Aufregung oder Stupor in Beginne und Verlaufe der chronischen' Paranoïa*). *Monatschrift f. und Psych. und Neurol.* vol. I, 5e cah., p. 359, mai 1897. *An. in. Rev. neur.* 1898, n° 2, p. 57.

(3) Ziehen (d'Iéna). — *Diagnostic et traitement de la mélancolie. American journal of insanity,* avril 1898. vol. LIV, p. 543 à 587. *An. in. Rev. neur.* 1898, n° 21, p. 777.

Il nous reste, pour terminer cet historique, à consigner ici l'opinion des principaux auteurs classiques allemands. Les traités de Schüle, de Krœpelin, surtout celui plus récent de Krafft-Ebing, font autorité en Allemagne. Ils sont particulièrement précieux à consulter.

Schüle [1] décrit les délires systématisés secondaires au chapitre des états d'affaiblissement phychique. Pour lui, le délire systématisé secondaire se développe sur les formes de délire systématisé primitif aigu et chronique, y compris les formes de stupeur avec hallucinations, et sur certains états de délire systématisé mélancolique. Les malades qui en sont atteints, voient leur conscience se détruire, leur moi se résoudre en groupes d'idées variées qui se contredisent et disparaissent sans règle fixe. La faiblesse psychique porte sur tous les territoires et augmente d'une manière progressive. La marche de la maladie est chronique, rémittente, avec exacerbations ; elle aboutit à la démence complète.

Krœpelin [2] considère la paranoïa secondaire comme un état d'affaiblissement mental, une sorte de démence secondaire caractérisée par la persistance de quelques idées délirantes pauvres, mais qui gardent une tendance à la systématisation. Krœpelin désigne cet état sous le nom significatif de : « Démence paranoïde ». Ce même auteur n'admet pas le passage des formes aiguës de la paranoïa, de la *verwirrtheit* et de l'*amentia* notamment, à la paranoïa chronique.

Krafft-Ebing [3] classe la folie secondaire à la suite des psycho-névroses et les considère comme une de leurs terminaisons. « Sous le nom de folie secondaire on peut com-« prendre, dit-il, tous ces états psychiques dans lesquels les « conceptions délirantes, qui se sont formées pendant le stade « émotif primaire, continuent à subsister comme des erreurs « permanentes de la raison, même après l'extinction des

(1) Schüle. — *Maladies mentales*, p. 108.

(2) Krœpelin. — Compendium der Psych. Leipzig. 1883.

(3) Krafft-Ebing. — Traité de Psych. 5e édit., 1897.— Traduct. Emile Laurent, p. 424, 425, 426.

« émotions qui avaient contribué à la formation de ces idées « délirantes, et forment une personnalité tout à fait nouvelle. « Ces états vésaniques secondaires se maintiennent parfois « pendant des années, toujours au même niveau, jusqu'à ce « que la débilité mentale gagne de plus en plus et que les idées « délirantes s'effacent ».

Ces états psychiques sont divisés par Krafft-Ebing et ses élèves en *secondäre verrücktheit* ou *paranoïa secondaire* et en *secondäre blödsinn* ou démence secondaire. La secondaire verrücktheit, qui se caractérise par la persistance de conceptions délirantes encore très actives, succède, de préférence, à la manie aiguë et à la wahnsinn. Les conceptions délirantes, dans la verrücktheit secondaire, se systématisent péniblement ; elles se contredisent même en raison de l'affaiblissement des facultés de jugement, de mémoire, de critique. Au cours de la verrücktheit on voit reparaître, d'une manière plus ou moins intermittente, les accès de psychonévrose. Dans la *Blödsinn* secondaire, l'affaiblissement des facultés est poussé à un degré tel que toute activité délirante a disparu. Le malade peut présenter tout au plus des attitudes; il est incapable d'organiser un délire (1).

Les opinions des trois auteurs allemands peuvent se résumer en quelques lignes : Les psychonévroses, la manie et la mélancolie, la confusion mentale, les délires systématisés aigus, sont susceptibles de se terminer par des états psychopathiques, essentiellement caractérisés par un affaiblissement des facultés. Cet affaiblissement n'est pas toujours assez accusé pour suspendre l'activité délirante et laisse se manifester des délires faiblement systématisés qui sont le reflet des conceptions observées pendant le stade émotif.

Cette manière de comprendre les délires systématisés secondaires est très clairement exprimée dans le livre de de Krafft-Ebing. Néanmoins, nous avons prié le savant pro-

(1) Krafft-Ebing. — Cité par Roubinovitch. *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896, pages 134 à 158.

fesseur de l'Université de Vienne de préciser pour nous quelques points de la pathologie des délires systématisés secondaires. Krafft-Ebing, avec une bonne grâce parfaite à laquelle il nous plaît de rendre hommage ici, a bien voulu nous donner lui-même son avis que nous résumons :

Les états de délire, que l'on peut observer, pendant de longues années, au cours de la marche d'une mélancolie ou d'une manie vers la démence secondaire, ne sont pas des transformations de la maladie, mais des phases conduisant à l'état psychique terminal.

Ces états se distinguent facilement de la paranoïa en ce qu'ils ne sont pas les premiers symptômes de la maladie, comme dans la paranoïa, mais qu'ils succèdent à un état mélancolique, maniaque ; en ce que ils sont complètement stationnaires, qu'ils n'exercent plus aucune influence sur la faculté de penser et d'agir. On peut en conclure que ces états mentaux résultent de la dissociation, de la faiblesse des fonctions psychiques.

Il ne semble pas que le terme de paranoïa, qui s'applique à une forme bien caractérisée d'affection mentale, puisse aussi s'appliquer à de tels états de démence secondaire avec délire.

Ce sont des psychonévroses parvenues à leurs stades secondaires et terminaux et non des paranoïas secondaires.

Mon observation m'a prouvé que la paranoïa n'existe qu'à l'état primaire. Elle peut se transformer de diverses manières; elle ne perd jamais ses caractères de paranoïa.

Le diagnostic différentiel entre les délires systématisés psychonévrotiques et la paranoïa me semble pouvoir puiser des éléments suffisants dans la connaissance des états maniaques et mélancoliques qui précèdent et dans ce fait que ces psychonévroses s'acheminent vers la démence.

Le pronostic de ces états psychopathiques est naturellement mauvais. Leur guérison doit être considérée comme impossible.

J'ai observé des cas de mélancolie ou de manie se terminant par des états psychonévrotiques à évolution lente. Ce

sont des états de transition entre le psychonévrose proprement dite et la démence terminale (1).

II. — En Italie

La psychiâtrie italienne n'intervient, dans la question des délires systématisés secondaires, qu'à la période de ce qu'on pourrait appeler leur décadence. Griesinger les a reniés. Koch et Pelmann veulent les bannir des classifications.

De l'aveu de Tanzi (2) lui-même, la première phase de la question évolue, en Allemagne, en dehors de toute intervention et presque à l'insu de la psychiâtrie italienne. Il semble qu'elle n'en ait été que plus à l'aise pour donner son opinion, sans parti-pris, en qualité de nouvelle venue dans le débat. On verra, par la suite, que l'école italienne, qui sut se faire une place non des moins importantes, dans la psychiâtrie en général, a traité d'une façon magistrale en particulier, la question spéciale qui nous occupe.

Le premier pas fut une adhésion à la théorie des délires systématisés primitifs par l'organe de Buccola (3), qui fait à peine allusion aux délires systématisés secondaires. Morselli et Buccola (4) ne s'y arrêtent pas davantage ; mais, déjà, Amadei et Tonnini (5) y insistent. Ces deux derniers auteurs admettent deux grandes divisions des délires systématisés : les psychoneurotiques et les dégénératifs, suivant que l'élément dégénératif existe ou non. Les délires psychoneurotiques se divisent eux-mêmes en primitifs et secondaires, selon qu'ils succèdent ou non à des délires généraux. Les secondaires ne compren-

(1) Krafft-Ebing.—Communication personnelle. Lettre du 27 décembre 1898.

(2) Tanzi — *La Paranoïa e la sua evoluzione storica. Rivista sperimentale di freniatria*, 1884, vol. X, p. 159.

(3) Buccola. — *I delirii sistematizzati primitivi*, p. 83 à 107.

(4) Morselli et Buccola. — *Contributo clinico allo dottrine della pazzia sistematizza primitive. X° Congresso della Associ. med. ital. in Modena. Riv. sperim.* 1882, vol. VIII, p. 168.

(5) Amadei et Tonnini. — *La Paranoïa e le sue forme. IV° Congr. della Soc. frenia. ital. Riv sper.* 1884, vol. X, p. 80.

nent que deux classes : délire post-maniaque, délire post-mélancolique. Les délires post-maniaques sont des délires de persécution, des délires ambitieux, des délires religieux. A la suite de la mélancolie, on observe surtout des délires de persécution et de grandeurs.

Dès lors, la notion des délires systématisés secondaires va prendre, dans la psychiâtrie italienne, une place de premier rang, de par l'autorité des aliénistes qui s'en occupent et l'originalité de leurs travaux.

Après le travail d'Amadei et Tonnini, nous trouvons une étude historique de la paranoïa par Tanzi ([1]). Outre des faits historiques intéressants, le mémoire de Tanzi contient une adhésion formelle aux idées d'Amadei et de Tonnini. L'auteur approuve particulièrement la classification des délires basée sur leur caractère psychonévrotique ou dégénératif et s'étonne que Mendel n'accepte point cette manière de voir.

Disons, en passant, que les trois auteurs ([2]) qui précèdent acceptent la paranoïa aiguë de Westphal.

Un peu plus tard, paraît le mémoire très important de Tanzi et Riva (3). Il n'y est pas question des délires systématisés secondaires. Les auteurs ne veulent point qu'on les fasse rentrer dans le cadre de la paranoïa. Celle-ci est une constitution, le délire systématisé est un symptôme, fréquent il est vrai dans la paranoïa, mais non pas nécessaire. Il existe, ajoutent-t-ils, des délires mélancoliques et hypomaniaques, des délires consécutifs aux psychonévroses graves. Mais ces phénomènes se développent sur des personnalités bien différentes de la paranoïa ; ils ne doivent pas en usurper le nom. On ne doit pas plus dire *paranoïa secondaire*, pour désigner les délires secondaires aux psychonévroses, qu'il n'est légitime

(1) Tanzi.— *La Paranoïa e la sua evoluzione storica. Rivista sperimentale die freniatria,* 1884, p. 172.

(2) Tanzi. — *La Paranoïa e la sua evoluzione storica. Rivista sperimentale die freniatria,* 1884, p. 170 et 172.

(3) Tanzi et Riva — *La Paranoïa. Contributo alla teoria delle degenerazioni psichiche. Riv. sper.* 1884, vol. X, p 291 et 417 ; 1885, vol. XI, p. 274 ; 1886, vol. XII, p. 6.

de qualifier de paranoïa alcoolique ou neurasthénique des délires systématisés évoluant sur un terrain alcoolique ou neurasthénique [1].

Cette distinction de Tanzi et Riva est extrêmement importante à notre avis. Elle met les choses à leur place, montre bien les inconvénients qu'il y a à confondre ainsi, sous une même dénomination ou sous des dénominations équivalentes, une maladie et chacun de ses symptômes. Les délires systématisés sont des symptômes, la paranoïa est une individualité particulière, une constitution psychique qui n'a pas besoin du délire systématisé pour justifier son existence ; il est donc injuste de désigner les variétés de délire systématisé, y compris les délires systématisés secondaires, sous le nom de paranoïa, même en faisant suivre ce terme d'un adjectif qui en marque la variété.

Le symptôme : *délire systématisé*, peut apparaître, à titre épisodique, au cours d'une psychonévrose ou secondairement à cette psychonévrose. Le terrain sur lequel il évolue, les conditions dans lesquelles il se manifeste diffèrent essentiellement de celles du délire systématisé de la paranoïa. On peut prévoir que ses caractères ne seront pas les mêmes, que son évolution sera différente. Nous reviendrons, ailleurs, sur ce travail de Tanzi et Riva, en étudiant la pathogénie des délires systématisés secondaires.

Arrivons, tout de suite, au mémoire de Tonnini [2] qui marque une date importante dans l'histoire des délires systématisés secondaires. Sans se préoccuper de la distinction de Tanzi et Riva, Tonnini décrit les délires systématisés secondaires sous le nom générique de *paranoïa secondaire*. Il est vrai de dire que l'auteur ne les considère pas seulement comme un symptôme, mais comme une entité morbide au même titre que la paranoïa primitive.

« La paranoïa secondaire, dit Tonnini, telle que je la

(1) Tanzi et Riva. — *Riv. sper. di freniatria*, 1886, vol. XII, p. 105.

(2) Tonnini. — *La paranoïa secondaria.* Ve Congrès Soc. fren. ital. in Sienna, septembre 1886. *In Rev. sper.* 1886, vol. XII, p. 230.

« comprends, ne sort pas des limites d'une forme constitu-
« tionnelle à base plus ou moins dégénérative. Cette forme est
« importante par suite de son caractère éminemment évolutif;
« nous lui donnons le nom de secondaire parce que ce nom
« est historique désormais ; mais, elle ne diffère de la primi-
« tive que par ce fait qu'elle est une phase d'un processus
« morbide évolutif concentré sur un même individu [1]. »

Dans la paranoïa ordinaire, ajoute Tonnini, la cause morbide est une psychonévrose d'un ascendant dont l'effet se produit sur un descendant. Dans la paranoïa secondaire, cette cause précède immédiatement, chez le même individu, la maladie mentale. En sorte que la définition générale de la paranoïa convient à la paranoïa secondaire ; seulement, les causes occasionnelles et les conditions émotives morbides que l'on ne peut constater dans la paranoïa primitive sont, au contraire, facilement observées, très voisines de la manifestation de la maladie, en étroite connexion avec elle, dans la paranoïa secondaire.

L'idée de Tonnini est certainement très ingénieuse ; elle contient peut-être une part de vérité que nous aurons à en dégager. Elle est appuyée sur des arguments psychologiques solides et sur des faits cliniques bien observés. La paranoïa primitive est une dégénérescence et cette dégénérescence, de l'avis de Morel lui-même, dit Tonnini (2), est un degré au-dessus d'une psychonévrose, dans l'échelle des manifestations dégénératives. La dégénérescence mentale est une chaîne dont le dernier anneau est la constitution paranoïenne. Les premiers anneaux échappent à l'observation dans la paranoïa primitive. Du moins, on ne retrouve pas toujours dans l'histoire de cette dégénérescence les traces de la maladie psychonévrotique. Ses effets ont pu être enrayés par une intervention bienfaisante ; elle n'en existe pas moins; mais, dans la paranoïa secondaire, son action dégénérative est évidente (3).

(1) Tonnini. — *La paranoïa secondaria. Riv. sper.* 1887, vol. XIII, p. 52.
(2-3) Tonnini. — *Loc. cit.*, p. 58, 58 et 59.

Il en résulte que la paranoïa secondaire n'est point, comme on l'a prétendu, une psychonévrose qui, dans sa marche vers la démence, laisserait voir, à l'état de systématisation, les idées délirantes de la manie ou de la mélancolie interrompues. Le futur paranoïen secondaire est un terrain dégénératif léger, non encore arrivé au point de maturité suffisante pour l'évolution d'une paranoïa primitive. Sur ce terrain de faible dégénérescence, l'apparition d'une psychonévrose apporte un trouble profond, qui se traduit par des manifestations dégénératives, indices d'une aggravation de la dégénérescence.

Tonnini définit la paranoïa secondaire : « une psycho-« pathie caractérisée par le délire et les caractères paranoïens « plus ou moins accentués sur un fonds d'affaiblissement « mental envahissant ; conséquence d'une psychonévrose qui, « en détruisant l'équilibre dans un esprit déjà malade, ren-« force le processus dégénératif, abrège son évolution, con-« centre sur un même individu les caractères d'une série « pathologique (1). »

On peut rencontrer des délires plus ou moins systématisés dans des formes psychopathiques diverses. Ce qu'il faut, pour que se développe une paranoïa secondaire, c'est la constitution paranoïenne.

Tous les éléments constitutifs de la paranoïa proprement dite se trouvent si bien réunis dans la paranoïa secondaire que le diagnostic différentiel entre la paranoïa primitive et la paranoïa secondaire serait parfois impossible, sans le secours des antécédents.

« Lorsque l'identité des deux maladies est aussi complète, « cela signifie, dit Tonnini (2), que le processus dégénératif, « mis en lumière par une maladie à base émotive a une grande « avance sur les éléments psychonévrotiques qui déterminent « la forme morbide. »

Ce qui diffère, dans les deux maladies, c'est l'activité cérébrale : Elle diminue souvent dans la paranoïa secon-

(1-2) Tonnini. — *Loc. cit.*, p. 61, 64.

daire et reste intacte dans la paranoïa primitive ; c'est l'évolution et le pronostic. L'incurabilité est la règle dans la paranoïa primitive ; la paranoïa secondaire se termine quelquefois par la guérison. L'évolution dépend de l'influence respective des deux éléments psychonévrotique et dégénératif. Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément dégénératif, la paranoïa secondaire se terminera par la démence ou par la guérison, selon le degré de *validité* du cerveau. La paranoïa secondaire se comportera comme une paranoïa primitive si, au contraire, l'élément dégénératif a le dessus. Mais, il est des cas où les deux éléments se font équilibre ; il en résulte alors « un délire ni trop cohérent, ni trop systématisé, caractéristique « d'une folie paranoïenne qui reste stationnaire pendant des « années sans aboutir ni à une amélioration, ni à la démence[1] ». Chez ces malades, on a observé des épisodes maniaques ou mélancoliques, des exacerbations de délires sensoriels.

L'hérédité, dans la paranoïa secondaire, est celle qui s'observe dans les psychonévroses ordinaires. Dans dix observations de l'auteur, on ne note l'hérédité que quatre fois, au lieu que, dans la paranoïa franchement dégénérative de Tanzi et Riva, elle se montre dans une proportion de 96 %. Tonnini reconnaît d'ailleurs que, si l'hérédité existe toujours à un degré quelconque dans l'histoire des paranoïens, qu'ils soient primitifs ou secondaires, la dégénérescence qui en résulte ne se manifeste pas toujours par des phénomènes somatiques appréciables. Tonnini se résume en disant : La paranoïa secondaire n'est pas une psychonévrose, elle n'est pas non plus une dégénérescence ; c'est la réunion, sur un même individu susceptible de dégénérer, des influences de ces deux processus ; elle constitue un « anneau qui unit ces deux états ». ( ).

Ce travail substantiel de Tonnini est appuyé sur des faits dans lesquels nous puiserons au cours de ce rapport.

Avant de publier ce mémoire, Tonnini avait communi-

(1-2) Tonnini. — *Loc. cit.*, p. 64 et 65; p. 66 et 67.

qué ses idées au Congrès de Siena (1). Elles furent discutées par Amadei, Tanzi et Morselli, qui objectèrent l'inconvénient qu'il y a à confondre des formes de détail, représentées par la paranoïa secondaire, avec la forme constitutionnelle si bien caractérisée qu'est la paranoïa primitive. Morselli, en particulier, fut d'avis qu'il fallait réserver le terme de paranoïa et ne pas l'appliquer à des formes mentales qui sont seulement des délires systématisés secondaires (2).

Après Tonnini, les aliénistes italiens ont continué à s'occuper activement de l'étude des diverses formes paranoïaques. Dans un mémoire, sur l'évolution du délire paranoïaque, del Greco constate que le délire peut être considéré comme un processus de dégénérescence mentale, lequel peut trouver, dans plusieurs autres formes psychopathiques, l'analogue de quelques-unes de ses phases. Ce qui distingue les formes paranoïaques proprement dites, c'est que, dans celles-ci, on observe une réaction aperceptive, persistante (bien qu'inégale dans ses résultats), en face d'un travail de dissolution mentale. La fonction aperceptive (synthèse mentale) s'exagère; les idées délirantes en sont la conséquence (3).

Dans un travail plus récent, del Greco étudie les conditions pathogéniques du délire et des formes paranoïaques et leur rapport avec les autres délires.

« Le fait de constater des délires paranoïaques transitoires, « incomplets, dans le cours ou à la suite d'accès maniaques, « mélancoliques, confusionnels, prouve que la paranoïa n'est « pas toujours la continuation d'anomalies psychiques parti- « culières, évidentes dès les premières années et qu'elle peut se « développer, tantôt en se différenciant dans le tumulte d'accès « psychopathiques d'autre nature, tantôt par suite de l'épui- « sement mental qu'ils ont déterminé. »

« Le délire systématisé, dit ailleurs del Greco, est le

(1) Ve Congresso freniatrico Italiano. *Riv. sperim.* 1886, pag. 230 et 231.

(2) Morselli. — Cité par Tonnini. *Loc. cit.* p. 52.

(3) Del Greco. — *Sur l'évolution du délire paranoïaque. Il Manicomio*, fasc. 3. 4. 1894, *An. in Arch. neur.*, vol. I, 2e série, 1896, n° 6, juin, p. 480.

« premier signe, l'indice de la transformation paranoïaque de « de toute une individualité. » Pour qu'il y ait délire paranoïaque, il faut que le délire systématisé atteigne un développement assez avancé, qu'il s'accompagne de réactions volitives et d'hypertrophie de la conscience personnelle. Les délires systématisés épisodiques sont fréquents au cours des psychonévroses parce que les psychonévroses pures sont rares (1).

L. Roncoroni (2), sous le nom de paralypémanie, décrit des états psychopathiques qui présentent les caractères de la paranoïa et l'aspect extérieur de la mélancolie. L'hérédité paraît y avoir une influence plus grande. Les stigmates dégénératifs y sont plus fréquents. Par ses symptômes, son évolution, par les troubles de l'affectivité, la paralypémanie présente souvent les allures caractéristiques des délires systématisés secondaires.

Les délires systématisés peuvent se manifester secondairement à des maladies autres que des vésanies franches.

Sciammana (3) a observé 10 cas de tics, auxquels a succédé la paranoïa. Quatre fois, il existait un état émotif anxieux; six fois, on observait des mouvements destinés à éloigner un péril imaginaire.

Tout récemment, Morpurgo (4) a vu un délire mélancolique succéder à une chorée de Hutington. Cette observation est particulièrement intéressante: Sujet de 45 ans, dont une tante paternelle, le père, les sœurs, un oncle paternel, un frère mort à 26 ans, étaient choréiques. Les phénomènes choréiques, chez ce malade, précèdent les symptômes mélan-

(1) Del Greco. — *Le délire et les formes paranoïaques dans leurs rapports avec les autres délires et leurs conditions pathogéniques.* (*Il Manicomio, XII*e fasc. I). *An. in Arch. neur.*, vol. III, mai 1897, n° 17, p. 372.

(2) L. Roncoroni. — *La Paralipemania. Annali di Freniatria*, 1898, vol. VIII, fasc. 1, p. 50. *Ann. in Rev. neur.* 1898, n° 17, p. 624 et *in Neurol. Centralb.* 1898, n 22, p 1059.

(3) Sciammana.— Tic et paranoïa. *Riv. quindicinale di psicologia*, vol I, fasc. 10. *An. in Rev. neur. 1898*, n° 1, p. 16.

(4) Morpurgo. — *Riv. sper.* 1898, vol. XXIV, fasc. II, p. 498 et 499.

coliques caractérisés par des idées délirantes de damnation. Ceux-là diminuent à mesure que ceux-ci augmentent et le délire persiste, malgré l'atténuation des symptômes aigus de mélancolie.

Si, des délires systématisés en général, nous passons au délire de négation en particulier, nous voyons que cette question, d'origine essentiellement française, ne laisse pas indifférents les aliénistes italiens.

Andréa Cristiani (1) rapporte quatre cas de délire des négations dans lesquels le syndrôme de Cotard se trouve réalisé. Il s'agit de sujets à cerveau « invalide », dont les antécédents héréditaires ou personnels sont chargés. « Le « délire des négations, conclut Cristiani, se manifeste chez la « femme, de préférence après 50 ans (de 52 à 63 ans pour les « 4 observ.), consécutivement à une période de mélancolie « anxieuse ; son pronostic est grave. »

Spoto (2), étudiant deux cas de mélancolie, anxieuse et simple, dans lesquels s'est manifesté, graduellement et secondairement à la mélancolie, le syndrôme de Cotard, formule les conclusions suivantes : « 1° Il existe un délire des « négations systématisé à évolution progressive ; il est plus « fréquent chez la femme que chez l'homme, mais s'observe « dans les deux sexes. 2° Il apparaît à la suite de un ou « plusieurs accès de mélancolie simple ou anxieuse. 3° Le « délire des négations est une psychose tardive terminale. A « ce titre, il doit rentrer parmi les formes de paranoïa secon- « daire avec la dénomination de paranoïa négative. 4° Il ne « se montre pas toujours chez les sujets chargés de graves « antécédents héréditaires ou personnels. 5° L'altération de « la personnalité constitue la lésion fondamentale du délire « de négation ; elle est due à l'anomalie du développement « psychique ; puis, en grande partie, aux interprétations déli-

(1) Andréa Cristiani. — Delirio de negazione. *Nuova rivista di psichiatria.* Anno II, nos 8, 9, 10.— *Anal in Archivio di psichiatria,* 1893. vol. XIV, p. 295.

(2) Spoto. — *Il delirio di negazione.* — Il Pisani, 1896, fasc. 3. *An. in Rev. neur.* 1897, n° 9, p. 265.

« rantes, que fait le sujet, de ses phénomènes pathologiques, « particulièrement de ses troubles sensoriels. »

Gianelli ([1]), après avoir étudié 3 observations de délire des négations, classe les idées délirantes de cette nature en 3 catégories : 1°, délire systématisé de négation dans la mélancolie ; 2°, délire systématisé de négation dans la folie systématisée ou paranoïa hypochondriaque ; 3°, délire systématisé de négation dans la folie systématisée de persécution. Cette classification montre que Gianelli considère l'idée de négation comme un symptôme capable de se développer sur une constitution paranoïenne, au même titre que l'idée de persécution et de se systématiser secondairement à la mélancolie après avoir été un épisode de celle-ci.

Les travaux, si importants, de l'école italienne, que nous venons de passer en revue, auraient pu nous suffire rigoureusement pour éclairer notre religion sur sa manière de voir.

Néanmoins, il nous a paru intéressant de connaître et de consigner ici l'opinion de quelques-uns des plus brillants représentants de la psychiâtrie italienne. Nous n'avons eu qu'à leur exprimer ce désir. Avec une bonne grâce, une courtoisie dont nous avons à cœur de les remercier ici, ils ont bien voulu répondre à quelques questions que nous leur avons posées, sur la pathologie des délires systématisés secondaires.

Les opinions de l'école italienne sont parfaitement exprimées dans les réponses de notre distingué collègue, le Docteur del Greco. Nous tenons à les transcrire ici.

D. — *L'observation clinique vous a-t-elle démontré l'existence de délires plus ou moins systématisés, survenant au cours et à titre de transformation d'une maladie mentale comme la manie et la mélancolie ; sorte de folie partielle succédant à une folie généralisée ?*

R. — Certainement. L'observation clinique démontre que

1) Gianelli. — *Sul delirio sistematizzato di negazione. Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia,*, vol. I. fasc. 6. — *An. in Rev. neur.* 1897. n° 18, p. 509.

la manie, la lypémanie, la confusion mentale peuvent se compliquer ou être suivies de délires plus ou moins systématisés. Quelquefois, ces délires apparaissent lorsque l'accès psychonévrotique entre en rémission.

D. — *Ces délires ont-ils bien les caractères de paranoïas secondaires ?*

R. — De tels délires ne présentent pas toujours les caractères des délires systématisés ou paranoïens. Ils sont l'expression d'un affaiblissement intellectuel sur un fonds d'altération cénesthétique et sensitivo-sensorielle. D'autres fois, ils manifestent une tendance à la systématisation, les caractères d'un délire paranoïen au début et non encore bien différencié. Dans ce second cas, je dis que de tels états psychopathiques sont, non point des paranoïas secondaires, mais des paranoïas commençantes.

Les caractères psychologiques de la paranoïa sont, pour moi, les suivants : — Du côté de l'intelligence : lucidité, attention et mémoires actives, effort pour réunir en système les hallucinations et les interprétations délirantes, effort fréquemment vain à cause du désordre auquel l'intelligence est en proie, malgré l'apparente lucidité. Du côté émotif et volontaire : disparition de l'instinct social, excitation de l'instinct de conservation et d'orgueil. Le malade se croit au milieu d'ennemis, se place dans une attitude défensive et réagit contre eux, dirigeant tous ses efforts d'après les données de la perception et de l'intelligence, faussées encore par l'état permanent affectif (hallucinations et délires) ; essayant de les associer dans le but d'expliquer son étrange situation au milieu des autres hommes. La volonté est souvent paralysée et le malade s'obstine dans son inquiétude et sa méditation. La paranoïa comporte non seulement l'altération de l'intelligence mais du caractère et de toute l'individualité. Son délire caractéristique est l'effet de l'altération de l'individualité mais, en même temps, il mûrit cette altération, en sorte qu'il est cause et effet de la dégénération paranoïenne de l'individualité.

Tout délire systématisé tend à devenir paranoïen, pour la raison bien simple que l'aliéné n'est pas un penseur ou un artiste qui discute, pense, cherche dans un but désintéressé. L'aliéné pense dans le but de se défendre, agite les questions qui le touchent de près, qui intéressent sa tranquillité personnelle, sa vanité et son orgueil ; et, quand il tente de systématiser les délires, il le fait sous l'impulsion donnée par son instinct de conservation surexcité. Le délire systématisé est donc quelquefois le premier signe, l'indice d'une dégénération paranoïenne de toute une individualité.

D. — *Sont-ils seulement le résultat de l'affaiblissement mental (secondäre verrücktheit, ou wahnsinn secondäre) ?*

R. — Les paranoïas secondaires ne sont pas seulement le résultat de l'affaiblissement mental. En pareil cas, on aurait des délires incohérents et confus. De l'état maniaque et mélancolique pur ou confusionnel ne se peut psychologïquement déduire un délire systématisé. Qui dit *délire systématisé* dit un délire dans lequel il y a coordination logique d'un terme à l'autre ; il suppose, dans l'individu, une certaine activité consciente et une énergie dialectique. Une des caractéristiques du délire mélancolique est précisément de n'être point disposé à la systématisation.

D. — *Et, si la clinique vous a convaincu qu'il s'agit bien de paranoïas secondaires, dans quelles conditions pensez-vous qu'elles sont susceptibles d'apparaître ?*

R. — L'accès maniaque, lypémaniaque ou confusionnel, qui précède le délire systématisé, n'est pas un accès franc dans sa symptomatologie. Il se complique d'autre chose. On y observe des hallucinations multiples, une tournure spéciale, de l'orgueil, un vif instinct de conservation ; souvent une frayeur sourde et continuelle constitue le symptôme prédominant de l'état psychopathique.

D. — *Quel serait le rôle de la dégénérescence et de l'hérédité ?*

R. — Notable: mais, sur ce point il est nécessaire de s'entendre. Je divise la dégénérescence en deux catégories : La dégénérescence constitutionnelle ou celle qui touche à l'individualité propre ou *statique* de l'individu ; la dégénérescence du tempérament ou celle qui atteint la *dynamie* individuelle. La dégénérescence constitutionnelle est plus grave, ne peut s'acquérir, puisqu'elle résulte d'une anomalie anthropologique et somatique, évidente à l'examen de l'aliéné. La dégénérescence du tempérament peut s'acquérir à la suite d'excès ou d'émotions déprimantes. *Dans la paranoïa secondaire, c'est cette dernière dégénérescence qui est plus évidente que celle de la constitution ; mais, celle-ci encore ne manque pas tout à fait ;* car, sans cela, on ne verrait point, dans l'accès psychonévrotique qui précède, ces caractères psychologiques plus ou moins accusés qui témoignent d'une déséquilibration psychique constitutionnelle et deviennent l'origine du délire systématisé (orgueil, lucidité, attention vive, instinct de conservation, attitude défensive, délire sensoriel).

Donc, dans la paranoïa secondaire on *retrouve encore la dégénérescence primitive, peu importante par rapport à la dégénérescence acquise, en puissance et virtuelle plutôt que manifeste.* L'hérédité psychopathique a de la valeur et la prédisposition a marqué, dans la constitution de l'individu, quelque chose qui se définit par l'épuisement mental, pendant l'accès psychonévrotique qui est la cause de cet épuisement. Schüle appellerait ces individus : des cerveaux *invalides.*

D. — *S'agit-il de psychonévroses secondaires ou de paranoïas dégénératives ?*

R. — Ce ne sont point des paranoïas dégénératives. Je les appelle des paranoïas au début. Cela veut dire que les accès psychonévrotiques, maniaques, lypémaniaques, mélancoliques ou confusionnels mûrissent, dans le malade, la dégénérescence du caractère qui caractérise la paranoïa. Cette dégénérescence n'est point comme chez les délirants chroniques ou le quérulomane. La nature y présente un premier essai de paranoïa,

encore à lignes incomplètes et mal définies. La psychonévrose mûrit un état dégénératif incomplet pendant son évolution.

D. — *Quels seraient les éléments d'un diagnostic différentiel entre la paranoïa primitive et la paranoïa secondaire?*

R. — Les caractères différentiels de la paranoïa dégénérative et de la paranoïa secondaire sont les suivants : La première se manifeste, *dès le jeune âge, par quelque anomalie spéciale du caractère: méfiance, mysticisme, tendance à l'isolement et aux rêves.* Signes qui manquent dans la seconde ou sont moins bien définis et se confondent dans le caractère psychonévropathique ordinaire. Dans la première, le surmenage cérébral, la maladie, ont peu de valeur comme conditions déterminantes. La manifestation paranoïenne n'est que l'évolution fatale d'un caractère dégénéré dès le début et qui s'accentue aux époques critiques de la vie (adolescence, ménopause). Dans la seconde, les conditions déterminantes : excès, etc., etc., ont beaucoup de valeur dans la production de cette altération émotive et intellectuelle de laquelle résultent la manie, la lypémanie, la confusion mentale. Elles mûrissent le fonds anormal du caractère. Ce caractère était anormal originairement, mais bien peu ; il se montre tel surtout à la suite du choc de l'accès psychonévrotique. Enfin, la paranoïa secondaire se distingue de la dégénérative, parce qu'elle ne s'accompagne point de lucidité très étendue, que le délire systématisé est souvent hérissé de contradictions, riche en éléments hallucinatoires. C'est, en un mot, un délire systématisé avec un grand nombre de symptômes confusionnels ; et, dans le caractère, on observe encore de la mobilité, souvent des contradictions dans le maintien ; mais non cette constante défiance, cette constante réserve qui caractérisent la paranoïa originaire.

Si l'on admet une forme de paranoïa primitive non dégénérative comme celle que Magnan décrit, la différence de celle-ci avec la paranoïa secondaire existerait seulement au point de vue symptomatologique La paranoïa secondaire est troublée

par des phénomènes confusionnels, précédée de phases psychonévrotiques. Elle n'évolue pas systématiquement et progressivement.

Je divise la paranoïa en trois groupes :

a) Paranoïa initiale (paranoïa secondaire, lypémanie de persécution, délire sensoriel). Dans cette forme, le délire systématisé, indice de la dégénérescence du caractère (dissolution de l'instinct social, accentuation de l'instinct de conservation dans l'attitude défensive), résulte de la secousse d'un accès psychonévrotique, maniaque, lypémaniaque, confusionnel, hallucinatoire. Dans cette forme, rentrent les formes toxiques, puerpérales, de la ménopause, etc.

b) Paranoïa complète ou évolutive (paranoïa tardive et paranoïa de Sander), dans laquelle progressent la systématisation délirante et la dégénérescence du caractère.

c) Paranoïa inévolutive ou involutive (persécutés-persécuteurs, quérulomanes), dans laquelle la dégénérescence du caractère est telle que le délire ne peut s'organiser. Les conditions génératrices du délire systématisé paranoïen manquent. L'individu est un désagrégé, dirait Janet. Il est lucide, il a des délires multiples, des idées fixes et des impulsions. Il marche vers la semi-imbécillité et la déchéance.

On le voit, je conçois la dégénérescence du caractère comme un processus qui évolue, non dans l'individu, mais dans la race et trouve, dans les trois groupes, ses diverses phases de début, d'accroissement, de dissolution. Une analyse clinico-psychologique m'a fait concevoir le processus paranoïen comme résultant d'une psychopathie sensorio-confusionnelle, qui se détermine dans une individualité psychophysique particulière, et, selon le degré de la dégénérescence originaire (anomalie du développement), présente les diverses formes de celle-ci.

D. — Entre celle-ci et la mélancolie ou la manie avec idées délirantes épisodiques ?

R. — Si les idées délirantes épisodiques tendent à se systématiser, il s'agit alors de paranoïa *initiale*. Je rappelle que, pour moi, les conditions psychologiques génératrices du délire paranoïen sont : excitation de l'instinct de conservation, orgueil excessif, lucidité, aperception vive, délire multiple et désordonné, délire cénesthétique et sensoriel. Il y a paranoïa au début lorsque, dans un désordre psychopathique, ces caractères sont mis en évidence.

D. — Que pensez-vous de leur évolution et de leur pronostic ?

R. — La paranoïa *initiale* comprend les formes qui, en clinique, se rangent sous les appellations les plus diverses. Quelquefois, elle apparaît incidemment dans un accès psychonévrotique ou après cet accès et se termine par la guérison, laissant dans l'individu un grand épuisement nerveux, les traces d'une individualité psychoneuropathique. La guérison se produit spécialement lorsque les délires sont soutenus par des hallucinations diverses. D'autres fois, la paranoïa dure le même temps, se termine, reparaît par accès ; dans les intervalles, l'individu, sans délirer, manifeste un certain caractère paranoïen par la défiance, la timidité, l'orgueil constant. Enfin, et c'est le cas le plus fréquent, la paranoïa évolue vers une démence paranoïenne. La paranoïa du premier groupe peut avoir une évolution de plusieurs années, celle du dernier, dure quelquefois plusieurs années, mais, plus souvent, quelques mois.

III. — En Russie. — En Angleterre. — En Amérique. En Portugal.

« On pourrait se borner, sans grand inconvénient, dit « J. de Mattos, à étudier l'histoire de la paranoïa en Allema- « gne, en Italie et en France. » Il serait injuste, en ce qui concerne les délires systématisés secondaires, de s'en tenir là. Nous risquerions d'oublier quelques travaux importants,

parmi lesquels celui de J. de Mattos, lui-même, que nous tenons particulièrement à signaler.

Auparavant, nous avons à mentionner un travail de Rosenbach [1] sur les rapports de la paranoïa avec les formes aiguës de l'aliénation mentale. C'est, d'abord, un historique fort intéressant des paranoïas aiguës. Rosenbach admet l'existence de ces formes aiguës qui, d'après lui, se distinguent des psychonévroses ; mais, il s'élève contre la manière de voir de Schüle et se refuse à admettre, comme lui, la possibilité du passage de ces paranoïas aiguës à la paranoïa chronique. Ce seul point nous intéresse. Si l'auteur ne reconnaît point la possibilité de ce passage à la paranoïa chronique proprement dite, il admet que, lorsque « les phénomènes aigus disparais- « sent, on peut voir subsister un délire plus vaste et moins « systématisé que celui de la paranoïa classique ; ce délire a « une plus grande tendance à se changer en démence [2] ». En sorte que, tout en s'en défendant au cours de son travail, Rosenbach conclut, de ses observations, que la paranoïa aiguë, qu'il désigne sous le nom de folie générale, peut se prolonger après la disparition des symptômes généraux sous forme de délire « vaste » et « mal systématisé ».

Greidenberg [3] reconnaît aussi l'existence d'une paranoïa hallucinatoire aiguë, héréditaire ou acquise, susceptible de se terminer par la guérison, par la démence ou par un certain degré de désorganisation cérébrale.

Ouspensky [4] soulève, sans la résoudre, la question de la séparation des formes aiguës et chroniques de la paranoïa.

Korsakow [5], dans sa classification des maladies mentales, place la paranoïa secondaire dans la catégorie des états

(1) Rosenbach. — *Contribution à l'étude des formes aiguës à l'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa. Ann. méd. psych.*, 1891, XLIXe an , t. XIII, n°s 1 et 2, p. 11 à 26 et 193 à 223.

(2) Rosenbach. — *Ibid.*. p. 223.

(3) Greidenberg. — Cité par J. de Mattos. *A Paranoïa*, p. 103.

(4) Ouspensky. — Cité par Rosenbach. *An. méd. psych.*, 1891, tome XIII, p. 23.

(5) Korsakow. — *Kours psichiatrii*. Moscou, 1893.

consécutifs aux formes fondamentales des psychoses, à côté de la démence secondaire. La paranoïa secondaire est constituée, suivant cet auteur, par les éléments du délire existant à la période aiguë des maladies et survivant à cette période aiguë. On en a un exemple dans la mélancolie avec délire et hallucinations. La période aiguë disparaît, emportant l'état dépressif et l'angoisse; le délire demeure et s'organise. On observe des formes mixtes dans lesquelles coexistent les caractères de la mélancolie et de la paranoïa ; on enregistre des idées délirantes de grandeur et de persécution, un état mélancolique ou maniaque.

Serbski ([1]), communique à la société des aliénistes et neurologistes de Moscou, une observation de délire des négations. De la discussion à laquelle elle donne lieu, résulte la reconnaissance de la forme décrite par Cotard. D'ailleurs, Serbski ([2]), dans un mémoire spécial est amené aux mêmes conclusions.

En *Angleterre,* Hack Tuke et Bucknill ([3]) désignent les délires systématisés sous le nom de « delusional insanity ». Expression mauvaise ou tout au moins insuffisante. Quoi qu'il en soit, la « delusional insanity » « est souvent le dernier « symptôme dans la succession morbide des phénomènes « mentaux, Elle peut être le résultat d'une émotion ou le « symptôme du désordre des sentiments. En fait, la folie « affective (émocional insanity) se termine souvent par un « trouble dans les conceptions (delusional disorders) ([4]) ». Et les auteurs donnent, comme exemple de delusional insanity, des observations qui rentrent dans le cadre de la paranoïa secondaire des auteurs italiens et allemands.

(1) Serbski.— *Med. obozr.* XXXIX, n° 6. *An. in Arch. neur..* nov. 1893.

(2) Serbski. — *Ueber das. Délire de négation. Neurolog. Centralb.*, 1893, p. 630.

(3). H. Tuke and Bucknill. — *A Manual of Psychological médicine,* 4e édit. Cité par J. de Mattos. *A paranoïa,* p. 101.

(4) H. Tuke and Bucknill. — *A Manual of Phychological médicine,* 4e édit. Cité par J. de Mattos. *A paranoïa,* p. 204.

Maudsley (1) partage cette manière de voir : « Souvent, dit-« il, la monomanie intellectuelle succède à la manie aiguë. »

Clouston (2), considère la *délusional insanity* comme pouvant être la conséquence d'une manie aiguë, d'intoxications, de traumatisme et aussi de sensations fausses. C'est aussi bien un délire systématisé secondaire qu'un délire systématisé primitif, un délire essentiel qu'un délire symptomatique.

Wiglesworth (3) pense que les conceptions délirantes de la folie systématisée naissent de l'interprétation donnée aux aberrations sensorielles. Ces troubles de la sensibilité périphérique étant eux-mêmes le résultat de causes diverses, parmi lesquelles les psychonévroses occupent une place importante, l'auteur admet implicitement la nature secondaire de quelques délires systématisés. Ces délires peuvent même succéder au diabète et apparaître secondairement à l'amaurose et aux hallucinations des diabétiques.

Dunn (4), admet une paranoïa secondaire. Elle se produit lorsqu'un petit groupe de conceptions délirantes persistent et se systématisent, consécutivement à une attaque aiguë de psychonévrose. Les malades qui en sont atteints, sont sous le coup d'un affaiblissement profond de l'intelligence, du jugement, de la mémoire. Ils sont apathiques ; leur délire est monotone et sans réaction affective ; ils versent promptement dans la démence.

En *Amérique*, Spitzka (5) et Hammond (6) se contentent de partager les opinions des aliénistes allemands sur la pathologie

(1) Maudsley. — *Pathologie de l'esprit*, traduc. franç., p. 441. (1883).

(2) Clouston. — *Clinical lectures on mental diseases*, 2e édit., p. 243. Cité par J. de Mattos. *A paranoïa*, p 101.

(3) Wiglesworth. — *Pathologie de la folie systématisée (monomanie). Journal of mental science*, oct. 1888. *An. in. An. med. psych.*, 7e série, t. XV, n° 2, 1892, p. 305.

(4) Dunn. — *De la Paranoïa. Journal of mental science*, janvier 1893. *An. du Dr Pons in An. med. psych.*, 1896, n° 1, juillet, LIVe an., t. IV, p. 101.

(5) Spitzka. — *A manual of insanity*, 1883. Cité par J. de Mattos. *A paranoïa*, p. 102.

(6) Hammond. — *A Treatise on insanity*, 1883, ibidem.

des délires systématisés secondaires et adoptent la classification de Krafft-Ebing.

Nous avons hâte d'arriver au travail d'un savant aliéniste portugais, le Docteur J. de Mattos ([1]), travail auquel nous avons déjà fait allusion. C'est une monographie complète de tout ce qui a trait au délire systématisé primitif et secondaire. La lecture en est des plus intéressantes et des plus instructives; nous en donnerons, ailleurs, une analyse détaillée. Nous n'avons à tenir compte ici que des opinions de l'auteur sur la paranoïa secondaire.

« Si les délires systématisés, écrit J. de Mattos, qui suc-
« cèdent à la manie et à la mélancolie de longue durée, ne
« méritent point une place dans le cadre clinique de la ver-
« rücktheit qui est une maladie constitutionnelle, mais dans le
« groupe des psychonévroses dont ils ne sont que des états
« terminaux qui laissent voir, à travers la coordination peu
« active, les symptômes d'une désorganisation cérébrale, il est
« indiscutable que l'observation clinique nous permet de ren-
« contrer des délires de persécution ou de grandeur parfaite-
« ment systématisés, succédant à des psychoses maniaques et
« mélancoliques. Ces délires sont assez fréquents pour que les
« aliénistes de tous les pays aient pu les observer ([2]). »

De Mattos se déclare d'ailleurs partisan de la théorie de Tonnini ; mais, il désigne les délires systématisés secondaires sous le nom de *verrücktheit secundaria* et non sous celui de *paranoïa secondaria* comme Tonnini, pour bien marquer que les délires systématisés secondaires sont une forme mentale nouvelle développée chez un sujet déjà atteint de paranoïa constitutionnelle, par l'intervention d'une psychonévrose. Nous avons vu que Tonnini, au contraire, considère que cette psychonévrose engendre une véritable paranoïa.

(1) J. de Mattos — *A paranoïa. Ensaio pathogenico sobre os delirios systematisados*. Lisbonne, 1898.
(2) De Mattos. — Id., p. 136.

IV. — En France

C'est, avons-nous dit, dans la psychiâtrie française qu'il faut chercher les premières notions sur les délires systématisés secondaires. L'évolution qui a abouti à la connaissance et à l'isolement du délire systématisé primitif s'est faite, pour ainsi dire, par étapes. Les délires systématisés secondaires marquent une de ces étapes. Il est intéressant et instructif de s'y arrêter.

Dès le commencement de ce siècle, les plus brillants parmi les représentants de notre psychiâtrie avaient observé que certains mélancoliques sont susceptibles de se transformer et de devenir des délirants partiels. Dans les observations qu'ils donnent à l'appui de cette manière de voir, il s'agit bien de mélancolie aiguë et non pas seulement de dépression mentale. « L'intendant d'un grand seigneur, écrit Pinel [1], perd sa « fortune à l'époque de la Révolution ; il passe plusieurs mois « dans les prisons, toujours livré aux frayeurs d'être conduit « au supplice ; sa raison s'égare, il est transféré comme « aliéné à Bicêtre et finit par se croire roi de France. — Un « jurisconsulte, désolé de se voir enlever par la réquisition un « fils unique qu'il chérissait tendrement, perd la raison et, « bientôt après, il se croit transformé en roi de Corse. Rien « n'est plus inexplicable, et cependant rien n'est mieux « constaté, ajoute Pinel, que ces deux formes opposées que « peut prendre la mélancolie. »

Esquirol distrait du cadre de la lypémanie et de la manie les monomanies, faisant ainsi faire son premier pas à la doctrine des délires systématisés primitifs ; s'il n'affirme pas qu'une monomanie peut succéder à la lypémanie, il cite des observations favorables à cette manière de voir. « Un prêtre « de 63 ans a eu un premier accès de lypémanie à 50 ans, « lequel guérit au bout de quatre mois. La guérison dure deux « ans; puis, après une courte période de dépression avec trou-

(1) P. Pinel. — An. IX. *Traité de la manie*, p. 143.

« bles sensoriels, le malade se croit en communication avec « Dieu et les anges et commande au nom de Dieu. S'il parle, « la voix d'un ange dit d'avance ce qu'il va dire; anathématise « ceux qui refusent de lui obéir, même l'aumônier [1].

« Un homme de 30 ans, après avoir subi plusieurs causes « de tourments au milieu des événements de la Vendée, est « pris, tout à coup, de frayeurs imaginaires, croit qu'on veut « attenter à ses jours par le poison, voit et entend des per- « sonnes armées de poignards et de pistolets pour le tuer, « reste cinq jours sans boire, ni manger, ni se coucher; peu de « temps après, le malade déclare qu'on veut attenter à sa vie, « parce qu'on craint qu'il ne domine l'univers. Il est Apollon, « César. Il entend et exige que tout le monde lui obéisse. « Les facultés intellectuelles ne sont point amoindries.

« Une dame de 55 ans s'afflige profondément du départ « de son fils. Elle se persuade que les plus grands malheurs « vont fondre sur Paris, qu'elle en sera accablée ; s'agite, perd « le sommeil. Guérison rapide. Quatre ans après, nouvel « accès qui dure un an. Guérison qui se maintient deux ans. « A la suite d'un incendie, elle se croit environnée de flam- « mes, d'ennemis et de soldats. Délire affreux pendant quelques « jours ; le calme se rétablit. Mais le malade s'entretient avec « des princes, des rois qui sont ses ancêtres. Les plus grands « monarques lui rendent visite. Les morts les plus illustres « lui apparaissent. Elle se pose en souveraine, porte la tête « haute, proclame sa puissance, sa force, ordonne avec fierté. « La malade cause d'une manière suivie sur tout autre objet « que celui de sa grandeur, de ses ancêtres et des dangers que « ses ennemis lui ont fait courir [2]. »

Le passage de la mélancolie anxieuse au délire partiel de damnation, avec transformation de la personnalité, n'est pas moins bien observé par Esquirol. Et ces démonomanies sont à la mélancolie anxieuse ce que certaines monomanies sont à la mélancolie simple.

(1) Esquirol. — 1838. *Traité des maladies mentales,* Tome II, p. 10.
(2) Esquirol. — *Loc. cit.*, p. 26.

« Une femme de 46 ans a présenté à 30 ans un accès de « mélancolie. Elle se croyait damnée, livrée au diable ; passa « six ans dans le délire et les tourments, puis guérit. A « 40 ans, nouvel accès : ressent les tourments de l'enfer, « gémit nuit et jour, mange peu. reste presque constamment « alitée. A 46 ans, état général mauvais, troubles graves de la « sensibilité ; constrictions douloureuses de la gorge que le « diable tire, l'étranglant et l'empêchant de rien avaler. Le « diable lui a placé une corde depuis le sternum jusqu'au « pubis, ce qui empêche la malade de rester debout. Le démon, « qui est dans son corps, la brûle, la pince, lui mord le cœur, « déchire ses entrailles ; elle est entourée de flammes au « milieu des feux de l'enfer. Ses maux sont inouïs, affreux, « éternels. Sa maladie ne s'étant jamais vue, les hommes n'y « peuvent rien. Il faudrait une puissance surnaturelle pour « la guérir. Marasme, *membres abdominaux rétractés sur « l'abdomen*. La malade répète qu'elle ne peut jamais mourir, « le jour même de sa mort [1]. »

La possibilité, pour certains mélancoliques, de devenir des délirants partiels, ne pouvait échapper à l'observateur sagace que fut Morel. « Il existe, écrit-il, certains mélanco- « liques qui, avec les apparences de la tristesse, éprouvent un « certain plaisir à rester concentrés dans leurs préoccupations « délirantes. Ils finissent par se croire des hommes excep- « tionnels. Les hallucinations de la vue ou de l'ouïe, fréquen- « tes chez eux, les entretiennent dans ces idées nouvelles. Il « n'est pas rare de voir des malades, qui s'étaient présentés à « votre observation avec un délire d'humilité, en arriver, par « suite de la systématisation de leurs idées, à se croire des « inspirés, des prophètes, de nouveaux messies. » Et Morel rapporte aussi l'histoire « d'un ancien gendarme, longtemps « poursuivi par les idées les plus noires, devenu par la suite « l'époux de la Vierge, qu'il voit, qu'il entend et dont il accepte « les inspirations.» Celle d'« un autre lypémaniaque qui ayant

(1) Esquirol. — *Loc. cit.* Art. *démonomanie,* 1814, p. 450.

« dépensé son petit avoir en voyages vers les lieux les plus « célèbres de la chrétienté, avec l'espérance de trouver un « soulagement à ses craintes exagérées de l'enfer, est aujour- « d'hui dans un véritable état d'exaltation, parce que le Saint- « Esprit s'est révélé à lui, les cieux se sont ouverts à ses regards, « l'Apocalypse n'a plus de mystères pour son intelligence. » Morel fait remarquer que, « lorsque le délire général a cessé, « on reste surpris de voir, parfois, les malades se pré- « senter avec des idées délirantes tout autres que celles qui « faisaient le sujet de leurs préoccupations ordinaires ». (1).

En Allemagne, Griesinger (2) venait d'exprimer son opinion sur la nature toujours secondaire des délires systématisés. On ne semble pas s'être préoccupé de cette question en France; en tout cas, elle n'y est point discutée.

Nous arrivons à cette période où l'étude du délire systématisé primitif va absorber toute l'activité des médecins aliénistes de notre pays. Lorsque Lasègue aura décrit, de la façon magistrale que l'on sait, son délire des persécutions (3), il ne sera plus question des délires secondaires. Les traités classiques n'en feront même plus mention. Cependant Foville constate que des idées de grandeur peuvent se développer sur un fonds franchement mélancolique, et il donne des raisons psychologiques à ce passage. Mais, il fait bien remarquer que l'apparition de ces idées ne constitue point une phase évolutive. (4)

Legrand du Saulle ne mentionne la dépression mentale, qui peut précéder les délires systématisés, que pour affirmer qu'elle est toujours la première phase, la période d'incubation de la maladie (5).

Il nous faut arriver aux premiers travaux de Cotard sur

(1) Morel. — *Maladies mentales*, 1852, p. 397.

(2) Griesinger. — *Path. und Therap. der psych. Krankheiten*, 1845.

(3) Lasègue. — *Délire des persécutions. Arch. génér. de Méd.*, 4e série, t. XXVIII, 1852, p. 141.

(4) Foville. — *La folie avec prédominance du délire des grandeurs*, p. 345.

(5) Legrand du Saulle. — *Le délire des persécutions*. p. 15.

les délires de négation pour reprendre, dans notre pays, l'histoire des délires systématisés secondaires. On peut même dire que Cotard a créé ce chapitre spécial de leur histoire. Elle a été d'ailleurs, cette histoire, retracée mieux que nous ne saurions le faire, dans un rapport au Congrès de Blois, par Camuset. C'est là que nous la retrouverons pour la compléter.

Auparavant, nous avons à nous arrêter aux discussions importantes qui ont eu lieu à la Société médico-psychologique. Ces discussions marquent bien le besoin de dégager, du cadre des délires systématisés primitifs, des formes mentales qu'à tort on a voulu y faire rentrer. Entre la mélancolie et le délire systématisé primitif, il y a des formes de transition, des délires plus ou moins systématisés, plus ou moins mélancoliques, plus ou moins évolutifs. Ces formes ne peuvent toutes rentrer dans le cadre, si souple cependant, des délires des dégénérés. Il ressort, des discussions de la Société médico-psychologique, que les aliénistes éminents qui y prirent part, furent bien près de se mettre d'accord sur ces divers points. On peut s'étonner que la question des délires systématisés secondaires n'y ait point été soulevée.

Des faits y sont rapportés, cependant, qui pourraient, à bon droit, rentrer dans cette catégorie de psychoses. Dagonet constate que, dans certains cas, il est difficile de distinguer la dépression morale de la première période d'un délire des persécutions d'un accès de lypémanie. La systématisation peut ne pas apparaître à cette période. Il cite l'observation d'un mélancolique anxieux qui répétait sans cesse, en tournant dans sa chambre autour d'une table : « Je vais mourir, je suis mort !... « cherchez le notaire ! ». « Il devint, presque sans transition, « au bout d'une année, un ambitieux actif, entreprenant, « écrivant mémoires sur mémoires. Il est resté tel pendant de « longues années sans présenter le moindre signe de démen- « ce. » [1] Dagonet ne prononce point le nom de délire systématisé secondaire ; on pourrait cependant l'appliquer à ce cas.

(1) Dagonet. — *Société méd. psych.* Séance du 29 nov. 1886. *An. méd. psych.* n° 2, mars 1887, t. V, XLVe an., p. 268 à 279.

Camuset rapporte des observations typiques de délires systématisés secondaires sans, bien entendu, les inscrire sous ce diagnostic. « Un homme de 33 ans est traité à Ville-Evrard « avec le diagnostic : *lypémanie avec hallucinations de l'ouïe « et de la vue. Se croit crucifié en expiation de ses fautes. « Mélange d'idées de persécution et d'idées mystiques.* « Transféré en province, son délire se transforme progressi- « vement. Les idées dépressives mystiques font place à un « délire expansif mais toujours mystique. Il vit dans la fami- « liarité des saints et de Dieu. Il a un oncle évêque. C'est un « mégalomane mystique aujourd'hui. »

« Il y a des délirants chroniques réguliers, dit Camuset [1], « qui, dans la période dépressive de leur affection, ne sont pas « de véritables persécutés mais seulement des délirants mélan- « coliques. Ils n'extériorisent pas systématiquement les causes « de leurs souffrances ; ils peuvent avoir quelques idées de « persécution fugaces et variables, mais ils ne présentent qu'un « délire mélancolique partiel avec hallucinations diverses. »

Cette autre observation, rapportée par Camuset, n'est pas moins intéressante : « Un malade arrive d'un asile de la Seine « avec le certificat : *délire mélancolique, hallucinations. Se « croit perdu ; on le domine, il voit ses parents morts. Tenta- « tive de suicide.* Cet homme s'était coupé la gorge avec un « rasoir et portait, au cou, la cicatrice de sa blessure. Après « quelques années, il se mit à manifester des idéés ambi- « tieuses, en arriva à se croire propriétaire de la maison. Il « n'est pas toujours facile, conclut Camuset, d'affirmer qu'on « a affaire à un mélancolique plutôt qu'à un persécuté. »

Pendant ces mémorables discussions de la Société médico-psychologique qui durent deux années, quelques auteurs français se préoccupent des rapports des délires systématisés avec les psycho-névroses, particulièrement avec la mélancolie. Il en est fréquemment question dans les leçons cliniques de

(1) Camuset. — *Société méd. psych.* Séance du 26 déc. 1887. *An. méd. psych.* n° 2, mars 1888, t. VII, XLVI° an. p. 290 à 304.

Séglas (1). Cet auteur a bien vu des mélancoliques présenter des délires de persécution qui évoluaient en conservant les caractères mélancoliques ; il en a vu d'autres se montrer alternativement persécutés ou mélancoliques. Il cite une observation de vésanie combinée : L'anxiété est suivie d'une période d'organisation active du délire ; nouvelle anxiété, nouvelle poussée délirante ; finalement, l'idée de persécution systématisée s'installe au premier plan. Le fonds mélancolique persiste (2).

De cette époque aussi, date le remarquable article de M. Ritti : *le Délire de persécution.* Il y est question des rapports de la mélancolie avec les délires de persécution.

« Il existe, dit M. Ritti (3), un certain nombre de mélanco-
« liques qui ont des hallucinations de l'ouïe très intenses. Ils
« entendent les voix de leurs enfants, de leurs proches sortant
« des caves ; ils les entendent appeler au secours, car, on leur
« fait subir les souffrances les plus atroces, les supplices les
« plus odieux. Les malades accusent les médecins de toutes
« ces infâmies ; ce sont eux qui font marcher la guillotine
« dont ils perçoivent le bruit. » — C'est une description des persécutés mélancoliques dont nous parlerons.

Nous trouvons, encore dans l'article de M. Ritti, des considérations intéressantes sur les délires de persécution des épileptiques, des hystériques ; sur ceux aussi qui peuvent s'observer au cours de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, de l'ataxie locomotrice, des maladies de cœur. Ils sont évidemment des phénomènes psychiques trop accidentels pour que nous soyons autorisé à leur ouvrir, dans ce rapport, un chapitre spécial.

La question des rapports de la mélancolie anxieuse avec les délires systématisés ne tarde pas à reparaître à l'ordre du

(1) Séglas. — *Leçons cliniques* et *Semaine médicale*, 1890, p. 419.

(2) Séglas. — *Un cas de vésanie combinée. Délire des persécutions et mélancolie anxieuse. Ann. méd. psych* n° de janvier 1888, XLVIe année, t. VIII p. 21.

(3) Ant. Ritti. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Art : *Délire des persécutions*, p. 567.

jour de la Société médico-psychologique [1]. Legrain [2] rapporte l'observation d'une malade tantôt mélancolique, tantôt persécutée, sur laquelle M. Charpentier [3] est d'avis de mettre diagnostic : délire des persécutions.

Saury [4] pense que la mélancolie est susceptible de se modifier, suivant ses causes et son terrain d'évolution.

On s'occupe de cette même question à la séance de janvier 1893. Falret et Arnaud [5] communiquent une observation dans laquelle le délire de persécution est interrompu par de longs accès de mélancolie avec stupeur, ce qui ne l'empêche point d'arriver aux idées de grandeur. Et les auteurs se demandent quelle place il conviendrait d'assigner à cette malade dans les classifications actuelles. M. Séglas cite un cas semblable [6].

Notons ici une thèse intéressante de Blin [7] sur les idées de persécution dans la mélancolie ; un article de Séglas [8] sur le diagnostic des délires de persécution systématisés ; une communication de Ballet [9] qui démontre que, dans quelques cas, l'idée de persécution se développe sur le fonds ordinaire des délires lypémaniaques. M. Magnan [10], faisant une revue des délires systématisés dans les psychoses, sacrifie, en quelques lignes, les délires secondaires. « On a, décrit, dit-il, des délires systématisés consécutifs à des accès de manie et de mélancolie.

(1) Société médico-psych. — Séance du 11 nov. 189. *An. méd. psych.* janv. 1890, t. XI, p. 84

(2-3) Legrain, Charpentier. — Soc. méd. psych. Séance du 24 févr. 1890. *Arch. neur.*, 1890, n° 56, vol. XIX, p. 251.

(4) Saury. — Soc. méd. psych. Séance du 28 juillet 1890. *Arch. neur.*, n° 59, vol. XX. p. 291.

(5) Falret et Arnaud — Séance du 30 janv. 1893 *An. méd. psych.*, avril 1893, LI° année, t. XVII, p. 270 à 284.

(6) Séglas. — *Ibid.*, p. 284.

(7) Blin. — *De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire de persécution. Thèse de Paris*, 1890.

(8) Séglas. — *Diagnostic des délires de persécution systématisés. — Semaine méd.*, 1890, p. 419.

(9) Ballet. — *Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques.* Congrès de Blois, 1892.

(10) Magnan. — *Délires systématisés dans les psychoses. — Arch. Neurol.* 1894. p. 278.

Mais, dans la plupart des cas signalés, le nouveau complexus psychique avait pris racine dans l'accès lui-même, les conceptions délirantes ne s'étaient pas déployées en une marche progressive ; souvent des idées hypochondriaques se mêlaient aux idées de persécution ou de grandeur ; c'étaient donc des accès maniaques ou mélancoliques chez des dégénérés. »

La doctrine elle-même des délires systématisés secondaires n'est à aucun moment envisagée. Roubinovitch, après Séglas et Kéraval, met en lumière les travaux allemands sur la paranoïa, en général, sur la verrücktheit secondaire, en particulier. Il fait suivre l'exposé de la doctrine de Krafft-Ebing de réflexions qui sont la négation de la verrücktheit secondaire. « On voit que, pour nous, la verrücktheit secondaire « est tout simplement une phase de démence consécutive à « certaines affections mentales aiguës et ne mérite pas, à notre « avis, les honneurs d'une variété spéciale. D'ailleurs, ceci est « tellement vrai que, dans la grande majorité des cas, l'affai- « blissement des facultés intellectuelles du malade atteint de « verrücktheit, va en augmentant et que les conceptions déli- « rantes disparaissent complètement, à un moment donné, « en laissant le malade à l'état de démence absolue (1). »

Puis, c'est encore la Société médico-psychologique qui reprend la parole. Par l'organe autorisé de M. Falret (2), elle appelle de nouveau l'attention sur les cas mixtes de délire mélancolique et de délire de persécution qui participent des caractères de la mélancolie et du délire chronique. Ces cas mériteraient d'être étudiés cliniquement. Et M. Falret, insistant lui-même sur quelques-uns des points qu'il avait signalés, admet, comme Morel, la possibilité, pour le délire des persécutions, de n'être qu'une transformation de l'hypochondrie. Il y a des malades chez lesquels on observe, au début, des préoccupations hypochondriaques, avec troubles de la sensibilité

(1) Roubinovitch — *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 147.

(2) Falret. — *Soc. méd. psych.* Séance du 1er juin 1896. *An. méd. psych.* juillet 1896, LIVe an., t. IV, p. 90 à 98.

générale, se transformant peu à peu en hallucinations, idées d'empoisonnement, craintes de la mort. Il insiste à nouveau sur les cas mixtes qui ne sont ni de la mélancolie pure ni du délire de persécution franc ([1]).

M. Charpentier ([2]), classant les persécutés en huit groupes, réserve un de ces groupes aux mélancoliques anxieux qui deviennent persécutés.

L'appel de Falret a été entendu ; il a donné lieu à des travaux intéressants.

Citons : Un mémoire de Taty et Toy ([3]) qui ne fait point mention des délires systématisés secondaires. Un travail intéressant de Bataille ([4]) sur les persécutés auto-accusateurs. L'auteur considère ceux-ci comme des persécutés par le fonds et des mélancoliques par la forme. Le délire doit être regardé comme secondaire à la mélancolie. Un travail complet de Lalanne, sur les « persécutés mélancoliques » inspiré par Régis, est plein de considérations intéressantes.

Le Dr Lalanne établit formellement une catégorie de persécutés mélancoliques. Il les divise en plusieurs groupes, selon que la mélancolie précède ou suit le délire, que celui-ci est mixte d'emblée ou secondairement. Nous retiendrons un de ces groupes formé par des malades d'abord mélancoliques, devenant ultérieurement persécutés. Deux des observations sur lesquelles il est établi sont particulièrement intéressantes.

Un malade présente d'abord de l'anxiété avec refus d'aliments et tendance au suicide. Il se croit environné de machinations : on chauffe des fours et on creuse des puits pour l'y mettre. Les symptômes physiques s'amendent, mais le délire persiste avec tendance à la systématisation. Il est réticent,

(1) Falret. — *Soc. méd. psych.* Séance du 29 juin 1896. *An. méd. psych.* nov. 1896, LIVe an. t. IV, p. 413 à 437.

(2) Charpentier. — *Soc. méd. psych.* Séance du 31 oct. 1887. *An. méd. psych.* janv. 1888, XLVIe an., t. VII, p. 80 et suiv.

(3) Taty et Toy. — *Des variétés cliniques du délire des persécutions.* — *An. méd. psych.*, 1897, 55e année, tome V et VI.

(4) Bataille. — *Les persécutés auto-accusateurs.* Thèse de Paris 1897. *An. in Rev. neur.* 1897, n° 14, p. 390.

persécuté et mystique. Déclare que Dieu lui a dit qu'il y avait trop de monde sur la terre. Il cherche à le diminuer en tuant quelqu'un ; parvient, d'ailleurs, à assommer un gardien.

Un homme de 50 ans, dont la mère est aliénée, se montre d'abord mélancolique avec des hallucinations terrifiantes. Les symptômes généraux s'amendent ; un délire s'organise. Le malade se croit en prison, au milieu de faux aliénés et de faux médecins. Il a des hallucinations de la sensibilité générale : secousses électriques, hypnotisme, téléphone. Les malades sont des agents de police déguisés ; néologismes, rapports volumineux aux autorités administratives et judiciaires. Idées de richesses (1).

Signalons encore une thèse de Cololian (2) qui étudie une des catégories de persécutés que J. Falret avait établies : les persécutés alcooliques.

Vallon et Marie ont consacré au délire mélancolique un mémoire important (3). Les auteurs distinguent les idées délirantes mélancoliques survenant à titre épisodique de celles qui sont susceptibles de s'organiser chez un mélancolique. « Entre « les formes aiguës simples de mélancolie et les cas chroniques « complets, dont le délire systématisé secondaire de possession « paraît le type, il existe toute une série d'intermédiaires. » Vallon et Marie concluent : « De même qu'il y a des malades « à idées de persécution symptomatique et des malades à délire « de persécution idiopathique, de même, il y a des malades à « idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique systé- « matisé. Ce dernier doit être isolé en une entité clinique « comparable à la maladie de Lasègue, ainsi que Cotard a « commencé à le faire dans son délire des négations (4). »

Cette interprétation de la pensée de Cotard est contestable. Il est peu probable, en effet, que cet auteur ait voulu faire de

(1) Lalanne. — *Les persécutés mélancoliques*. Bordeaux 1897, p. 57 à 85.

(2) Cololian. — *Thèse de Paris*, 1898.

(3) Vallon et Marie. — *Sur le délire mélancolique*. — Congrès de Toulouse, 1897, p. 597.

(4) Vallon et Marie. — *Le délire mélancolique*. — *Arch. de neur.*, 1898, n° 30 p. 479.

son délire des négations une entité comparable à la maladie de Lasègue, laquelle est primitive. On est à peu près d'accord aujourd'hui sur ce fait, que le délire des négations n'est qu'un syndrôme secondaire à la mélancolie. Cotard lui attribuait cette signification.

Nous sommes ainsi amené à reprendre cette question des délires mélancoliques secondaires. C'est, à notre avis, un chapitre à part et bien français, puisque la première notion des délires systématisés secondaires mélancoliques est due à Cotard, qu'on s'en est occupé peu à l'étranger et seulement, dans ces dernières années, en Italie.

Le délire des négations a été l'objet d'un rapport à un précédent congrès [1]. Il nous suffira de reprendre la question là où l'avait laissée son éminent et regretté rapporteur.

Les conclusions de Camuset ne furent pas favorables à la conception de Cotard : Les idées de négation, de possession, de damnation ou d'immortalité ne sont qu'un épisode au cours d'une mélancolie, tout au plus l'indice d'une forme grave de mélancolie ; mais, par leur association, elles ne sont point capables de constituer une entité morbide, une espèce nosologique nouvelle ni même un état secondaire à la mélancolie.

Ces conclusions ne furent point acceptées sans réserves. Régis affirma l'existence de certains états de chronicité spéciaux à certaines formes graves de mélancolie anxieuse que Séglas admet également ; il ne leur manque que le nom de délire systématisé secondaire.

Pichenot, Carlier, Vallon, Ballet, Garnier apportent des faits ou leur opinion à l'appui de cette manière de voir.

Le résultat de cette discussion au congrès de Blois n'est pas douteux: A certaines formes de mélancolie anxieuse, peuvent succéder des états psychopathiques caractérisés par des idées délirantes systématisées mélancoliques, parmi lesquelles dominent les idées de négation, de damnation, de possession, d'immortalité.

(1) Blois, 1892. — *Le délire des négations*. Rapporteur : Camuset.

Depuis le congrès de Blois, on a beaucoup écrit sur le délire des négations.

Arnaud ([1]) rapporte une observation de délire des négations conforme à la description de Cotard. L'auteur la fait suivre de quelques considérations intéressantes. Le délire des négations systématisé à évolution progressive (type Cotard), plus fréquent chez la femme, est une psychose tardive, apparaissant après un ou plusieurs accès de mélancolie et se développant, dans les cas typiques, après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse. Sa signification est grave.

Séglas et Sourdille publient aussi une observation qui vient à l'appui de la manière de voir de Cotard : Femme de 52 ans, avec des antécédents héréditaires. Accès de mélancolie en septembre 1891, nouvel accès en août 1892. Depuis lors : idées de damnation, de négation, d'immortalité, d'énormité (2).

Toulouse ([3]) considère le délire des négations comme un syndrôme dont l'existence ne peut être mise en doute. Cet auteur a observé deux cas. Le premier, concerne une femme de 62 ans, à hérédité complète. Elle a eu un accès de mélancolie à 18 ans, un second accès à 35 ans. A 56 ans, après une période de mélancolie anxieuse qui dure une année, le délire des négations s'installe, puis les idées d'immortalité apparaissent ([4]). Dans le second cas, les idées de négation sont précoces ; elles se montrent six mois après le début de la mélancolie et s'accompagnent d'idées d'immortalité, de damnation ([5]).

(1) Arnaud. — *Sur le délire des négations. Ann. méd. psych.*, 1892, L^e^ année, t. XVI, p. 387 à 403.

(2) Séglas et Sourdille. — *Mélancolie anxieuse avec délire des négations. An. méd. psych.*, 1893, t. XVII, p. 192.

(3) Toulouse. — *Le délire des négations. Gazette des hôpitaux*, 1893, n° 32.

(4) Ed. Toulouse. — *Note sur un cas de délire des négations. An. méd. psych.*, 1893, t. XVIII, p. 259.

(5) Ed. Toulouse. — *Délire des négations à apparition précoce chez une mélancolique. Bullet. de la Société de médecine mentale de Belgique*, mars 1893.

Cette même année, au congrès de La Rochelle, le Dr Paris (1) cite un fait de lypémanie avec délire des négations, à propos duquel il s'élève contre les vues de Cotard.

De Cool (2), dans un travail inspiré par Camuset, arrive à peu près aux mêmes conclusions que son maître avait formulées au congrès de Blois.

Vauriot (3), reconnaît une forme chronique du syndrôme : délire des négations. Cette forme chronique est secondaire ; elle se développe chez les individus à hérédité psychique chargée et survient après un accès de mélancolie anxieuse.

Séglas (4), réunit dans une monographie tous les documents relatifs au délire des négations ; c'est une étude intéressante et complète dans laquelle nous puiserons au cours de ce rapport.

Signalons aussi la thèse de notre interne, le Dr Péguilhan (5) qui conclut à la reconnaissance du syndrôme de Cotard et cite, à l'appui de sa manière de voir, des observations prises dans notre service. — Un travail récent de Trénel (6) qui contient des observations de mélancolie avec idées de négation épisodiques.

(1) Paris. — *Lypémanie anxieuse avec délire des négations.* Compte-rendu du congrès de La Rochelle, 1893, p. 724.

(2) De Cool. — *Contribution à l'étude du délire des négations.* — Thèse de Paris 1893.

(3) Vauriot. — *Recherches cliniques sur le délire des négations dans la mélancolie.* — Thèse de Nancy 1894.

(4) Séglas. — *Le délire des négations.* — *Encyclopédie des aide-mémoire.*

(5) Péguilhan. — *Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des idées de négation.* — Thèse de Toulouse 1895.

(6) Trénel. — *Notes sur les idées de négation.* — *Arch. neur.* 1898, n° 31, p. 23.

CHAPITRE II

Ce qui se dégage de l'historique des délires systématisés secondaires
Leur définition, leur division

SOMMAIRE :

Doctrine d'Esquirol. — Dogme de Griesinger : les délires systématisés sont toujours secondaires aux psychonévroses. Il stérilise, en Allemagne, la pensée d'Esquirol. — Réaction violente à la suite de Snell, Sander et Griesinger lui-même. Elle aboutit, avec Koch et Pelman, à la négation des délires systématisés secondaires. Tentative de réhabilitation. (Mendel, Nasse, Brassert).
Cette réhabilitation s'opère en Italie avec Tonnini.
L'indifférence des aliénistes français ne cesse qu'avec la conception du délire des négations de Cotard, celle du délire mélancolique de Séglas, etc.
Importance d'une étude des délires systématisés secondaires. Elle peut éclairer l'histoire du délire chronique et celle des psychonévroses. — Ces délires peuvent succéder à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications.

Il serait superflu d'insister sur les difficultés que nous avons rencontrées à suivre, pas à pas, à travers les psychiâtries étrangères, l'histoire des délires systématisés secondaires. Ces difficultés, nous les avons signalées chemin faisant. Elles proviennent d'une compréhension différente du sujet selon les temps et les auteurs, des appellations diverses sous lesquelles il a été étudié, de ses connexions étroites avec des sujets voisins dont il se différencie trop ou très peu, suivant les tendances des esprits qui s'en occupent.

Ce qui est certain, c'est que toutes ces causes réunies ont eu pour résultat d'entretenir, dans l'esprit des aliénistes de tous les pays, une confusion regrettable qui règne encore.

Au fond, les divergences ne sont pas si profondes qu'il ne soit permis d'espérer que nous finirons par nous comprendre entre aliénistes, encore que Pelmann nous ait prédit le contraire. Un peu plus loin, nous chercherons un terrain d'entente. Tout d'abord, il nous faut retracer, à grands traits et sans

tenir compte, cette fois, des frontières, l'évolution de notre question.

On s'accorde à faire remonter jusqu'à Esquirol la première notion précise des délires systématisés. L'illustre aliéniste avait bien vu des conceptions délirantes s'isoler et se fixer. Il ne dit point si ces « monomanies » sont primitives ou secondaires ; mais nous savons que quelques-unes de ses observations en affirment le caractère secondaire.

Cette réserve prudente, que l'avenir se chargea de justifier, ne fut point gardée par Griesinger. Quelques années plus tard, le savant professeur allemand enseigna que tous les délires systématisés sont secondaires à la manie ou à la mélancolie.

Loin de servir la cause des délires systématisés secondaires, cette doctrine lui fut nuisible par son exagération même. Pendant de longues années, elle fut un dogme en Allemagne et en Italie ; elle stérilisa l'idée d'Esquirol, ou, tout au moins, l'enraya dans sa marche vers la conception du délire systématisé primitif indépendant des psychonévroses. Et, lorsque des savants comme Sander et Snell vinrent entamer cette doctrine trop absolue de la « secondarité » constante des délires systématisés, ils trouvèrent le champ préparé pour une réaction violente. Elle se fit avec la coopération de Griesinger lui-même, qui abjura solennellement de vieilles croyances pour enseigner que les délires systématisés sont, le plus souvent, primitifs. Cette réaction, comme il advient toujours en pareil cas, fut si violente qu'elle arriva, avec Koch et Pelmann, jusqu'à la négation complète des délires systématisés secondaires. Ils survécurent cependant, nous dirons sous quelle forme.

En France, pendant ce temps, l'idée d'Esquirol fait son chemin plus paisiblement, sans qu'on se préoccupe du mouvement scientifique qu'elle entraîne et des opinions excessives qu'elle soulève ; et cette évolution pacifique est féconde puisqu'elle aboutit à la conception du délire de persécution, tel que le décrit Lasègue.

Des délires secondaires, il n'en est pas question. Cepen-

dant, Morel admet des délires systématisés consécutifs à l'hypochondrie. On trouve, un peu partout, même dans le mémoire de Lasègue, des observations de délires systématisés secondaires à des mélancolies ; mais, les auteurs ne s'y arrêtent pas.

Et cette indifférence des aliénistes de notre pays va se continuant jusqu'à nos jours. On tente une réhabilitation des délires systématisés secondaires en Allemagne. Mendel, Nasse et Brassert en sont les apôtres. On les réhabilite effectivement en Italie, sous l'impulsion de Tonnini. On se contente, en France, de signaler les difficultés que l'on éprouve à classer certaines formes de délires systématisés qui ne sont ni des délires primitifs, ni des délires épisodiques ; mais, on ne se demande même pas s'ils pourraient trouver un refuge dans les délires systématisés secondaires tels que les comprennent les auteurs étrangers.

Et, il s'agit bien, de notre part, d'une indifférence regrettable et non pas d'une réserve prudente qui ne se justifie plus depuis l'avènement du délire systématisé primitif.

La psychiâtrie française a beaucoup fait pour réaliser cet avènement. On nous rend partout cette justice ; mais, il ne faut pas oublier que c'est contribuer à la connaissance de ce délire que d'étudier les formes secondaires qui l'encombrent et l'obscurciront tant qu'elles se confondront avec lui.

Il est vrai de dire que, si l'école française ne s'est pas préoccupée des délires secondaires, en général, elle est à l'œuvre pour en créer, de toutes pièces, une forme spéciale. Car, le délire de négation de Cotard, discuté au congrès de Blois, mieux étudié depuis, se fait une place chaque jour plus importante dans la psychiâtrie. On lui conteste, de moins en moins, son titre de délire systématisé secondaire que Cotard prétendait seulemennt lui donner. C'est évidemment le signal de la rentrée en scène de la psychiâtrie française qui se doit à elle-même de réserver dans ses classifications une place aux délires systématisés secondaires, ne serait-ce que pour y faire entrer son dernier-né qui lui fait honneur : le délire des négations.

Toute l'histoire des délires systématisés secondaires est là, dégagée de ses obscurités, dépouillée de sa terminologie. Comme il faut cependant nous familiariser avec les termes, il est entendu que *verrücktheit*, *délire systématisé* et *paranoïa* sont des expresssions qui, pour les auteurs allemands, signifient à peu près ce que veulent dire, chez nous, *délire des persécutions*, *délire systématisé progressif*, *délire chronique à évolution progressive*, *psychose systématisée progressive*, *etc.*; que les italiens se contentent du terme *paranoïa* avec la même acceptation.

D'une manière générale aussi, on dit indifféremment : *verrücktheit secondaire*, *délire systématisé secondaire*, *paranoïa secondaire* ; quelques auteurs cependant réservent le terme de paranoïa pour le délire primitif, celui de verrücktheit pour les secondaires. La *blödsinn* secondaire est une forme de démence et ne mérite pas d'être retenue. Ecartons aussi les termes de *verwirtheit*, de *wahnsinn* et d'*amentia* qui signifient des formes de paranoïa aiguë ou de confusion mentale avec délire systématisé. Elles n'ont rien à voir avec les délires systématisés secondaires. Nous les avons signalées dans l'historique parce qu'elles nous servent à expliquer la pathogénie de ces derniers.

Toute question d'amour-propre mise à part, il est incontestable que l'expression choisie par le congrès d'Angers est la meilleure. Elle a l'avantage de ne point préjuger la solution d'une question encore controversée et celui de pouvoir les admettre toutes. Désigner un délire systématisé sous le nom de verrücktheit, de paranoïa secondaire, c'est donner à entendre que la maladie offre les caractères d'une verrücktheit, d'une paranoïa, est une variété de ces dernières. Cela est surtout mauvais si l'on admet, avec l'école italienne, et nous partageons sa manière de voir sur ce point, que paranoïa signifie une constitution spéciale de l'individu, créée ou non par l'hérédité. Cette constitution spéciale, dont nous dirons ailleurs les caractères, peut exister indépendamment du délire qui en est un symptôme fréquent, mais non constant. Ce terme de para-

noïa, avec cette acception, ne saurait être synonyme de délire systématisé. La paranoïa est la maladie, le délire systématisé est son symptôme de prédilection, rien de plus. On naît paranoïen, on devient délirant systématisé. On se comprendrait mieux, si chacun réservait ce nom générique de paranoïa, aux états psychopathiques qui constituent une entité morbide et qu'à tort, peut-être, on appelle délire de persécution, délire chronique. Il est évident qu'on cesserait de donner à une maladie le nom de son principal symptôme.

Toujours est-il que, pour nous, le délire systématisé primitif n'est qu'un symptôme, éclos et évoluant sur une constitution spéciale qui est la maladie, la paranoïa. Il n'y a qu'une paranoïa ; mais les conditions de cette paranoïa se peuvent réaliser autrement que par l'hérédité. Une psychonévrose peut, à la rigueur, sinon la créer, du moins la parfaire. Des délires systématisés qui s'y développeront on dira qu'ils sont secondaires ; il ne saurait y avoir de paranoïa secondaire.

Nous discuterons ailleurs cette manière de voir. Pour l'instant, il convient de préciser ce que nous entendons par délires systématisés secondaires. En fait, tous les délires systématisés sont, pour nous, secondaires, puisque nous admettons que les délires paranoïens se développent sur une constitution anormale.

Entre ces délires, survenant chez des sujets dont l'activité générale n'est pas gravement troublée et ceux qui s'observent au cours et surtout à la suite d'accès psychonévrotiques, il y a des différences profondes. Eux seuls, sont véritablement secondaires ou, pour être plus exact, développés sur un état secondaire. Ils peuvent, avons-nous dit, se présenter avec des allures telles, que leur confusion avec les délires de la paranoïa serait possible, à ne se fier qu'à ces allures. Le plus souvent, il existe entre les uns et les autres des différences profondes. Toujours, cependant, ils conservent ce caractère commun d'être des symptômes.

Les délires systématisés, en tant que symptômes, peuvent se manifester au cours d'une psychonévrose et constituer un

épisode de la maladie. De ceux-là, nous n'avons pas à nous occuper. Ils font partie intégrante de l'accès psychonévrotique et peuvent disparaître avec lui. S'ils survivent, au contraire, à cet accès, s'ils tendent à s'organiser sur un nouveau terrain, nous les retiendrons comme délires secondaires. Les limites de notre sujet sont évidemment un peu artificielles ; elles reposent cependant sur une base clinique sérieuse.

Il est plus facile de circonscrire le champ des délires systématisés secondaires que de les définir. Prétendre réunir, sous une même définition complète et précise, des idées délirantes, comparables seulement par leur tendance à la systématisation, parfois si différentes par leur nature, leur origine, leur évolution, serait évidemment une entreprise téméraire.

Entre deux délires systématisés secondaires, l'un à la manie, l'autre à une mélancolie, il y a toujours des différences cliniques capitales ; mais, même entre deux délires systématisés, tous deux consécutifs à une mélancolie, le rapprochement n'est pas toujours facile. Il ne faut donc point s'obstiner à faire des synthèses que la clinique réprouve. La seule définition qui convienne à tous les délires systématisés secondaires est celle qui les considère comme des formes psychopathiques caractérisées par le développement, sur un état secondaire à une psychonévrose pure ou elle-même symptomatique, d'une ou plusieurs idées délirantes qui tendent à se systématiser.

La nature des idées délirantes est très variable ; le terrain sur lequel elles se développent n'est pas le même ; leur évolution est capricieuse. Une définition ne peut aplanir de semblables difficultés de rapprochement. Mieux vaut arriver, tout de suite, à une division des délires systématisés secondaires, procéder à des groupements nécessaires et d'un intérêt clinique plus certain que des tentatives de synthèse à outrance.

On peut voir des délires systématisés se développer secondairement à presque toutes les formes d'aliénation mentale.

Nous distinguerons et nous étudierons successivement :

1° *Les délires systématisés secondaires à la manie.*

2° *Les délires systématisés secondaires à la mélancolie.*

3° *Les délires systématisés secondaires à la folie à double forme.*

4° *Les délires systématisés secondaires aux névroses aux intoxications.*

CHAPITRE III

Délires systématisés secondaires à la manie

SOMMAIRE :

Ils sont plus rares que les délires systématisés post-mélancoliques, contrairement à l'opinion de Tonnini. Ils se développent sur un état de chronicité spécial qui n'est plus de la manie et n'est pas encore de la démence.

Observation d'un prêtre devenu mégalomane après un accès de manie — Le délire reflète les idées obsédantes du sujet avant l'accès psychonévrotique. — Il lui faut des princesses et des palais luxueux, des voyages. — Idées fixes se systématisant isolément, incapables de s'associer entre elles. — Bouffées d'excitation. — Intégrité de la mémoire ; absence de sentiments affectifs. — État mental absolument stationnaire depuis 14 ans.

Observation d'un maniaque qui systématise un délire après deux accès de manie. — Ce délire est l'explication de sensations pénibles éprouvées pendant le premier accès et de sensations qui persistent encore. — Idées de persécution et de grandeur, mal associées. — Surexcitation légère et remittente. — Intégrité absolue de la mémoire. — Pas de signes de démence. — Absence de sentiments affectifs. — État mental rigoureusement stationnaire depuis 20 ans.

Observations analogues de Tonnini, Nasse.

Le délire est un composé d'idées délirantes fixes qui se systématisent isolément et ne s'associent pas entre elles, se contredisent même. — Les idées délirantes reflètent les préoccupations obsédantes du malade, antérieures à la psychonévrose ; interprètent des sensations disparues ou qui persistent. — Contradiction des idées et des actes. — Intégrité de la mémoire, partant point de démence. — Affaiblissement de la faculté de critique, d'association. — Absence de sens social et moral, de sentiments affectifs. — États mentaux susceptibles de demeurer longtemps stationnaires.

Il ne semble pas que les délires systématisés post-maniaques soient les plus communs comme le pense Tonnini ; mais ils ne sont pas rares.

On s'étonne, *à priori*, que la manie, essentiellement caractérisée par l'incohérence des idées et le désordre des actes, puisse être le point de départ d'un délire systématisé secondaire. Le fait n'est pas contestable cependant. Une idée délirante peut s'organiser même au cours d'un accès de manie. Des faits cliniques bien observés prouvent qu'une phase maniaque de folie circulaire peut être exclusivement représentée par des idées délirantes systématisées de persécution. Mais ce n'est point de ces idées délirantes qu'il s'agit ici.

Une manie, qui ne se termine pas par la guérison ou la démence, aboutit parfois à un état spécial de chronicité qui se caractérise par un certain degré de fixité et de coordination d'une ou de plusieurs idées délirantes. Cette systématisation, le plus souvent rudimentaire, ne s'opère pas sur un fond démentiel. Si quelques-unes des facultés du malade se ressentent de la secousse maniaque, si les facultés d'association et de critique sont sensiblement affaiblies, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, la mémoire est intacte. Or, la perte du souvenir est le principal symptôme d'une démence.

Mieux vaut, d'ailleurs, discuter sur des faits. Voici, d'abord, deux observations de délire post-maniaque :

I.— D..., 48 ans, prêtre interdit, célibataire, entré à l'asile de Toulouse le 14 février 1885, transféré de Ville-Evrard.

Dans les antécédents héréditaires, on ne relève aucune tare vésanique ; il est vrai que les renseignements sont notoirement insuffisants. Ses parents sont morts de vieillesse depuis qu'il est interné. Deux frères sont bien portants.

D... n'a jamais eu de maladie grave. Il a reçu une instruction et une éducation soignées. Prêtre, il s'adonnait à l'enseignement pour se soustraire, raconte-t-il lui-même, aux tentations du monde. Pour la même raison, il voyagea beaucoup en Palestine, en Amérique, en compagnie de missionnaires. Il sentait au fond de lui-même des passions vives et faisait appel à toute son énergie et à sa religion pour les maîtriser. Déjà, au séminaire, malgré une piété profonde, il ne parvenait pas toujours à chasser des idées lubriques. De son propre mouvement, il refusa de pratiquer la confession, quand il fut prêtre. Malgré tout, il succomba bientôt, se laissa emporter d'autant plus loin qu'il avait eu plus de peine à se contenir. Il eut pour maîtresses, dit-il, des femmes de tous les mondes. Ce qu'il y a

de certain, c'est qu'une d'entre elles l'aida à dépenser rapidement tout ce qu'il possédait. Exaspéré, tourmenté par le remords peut-être aussi, il eut un accès de manie avec désordre des idées et des actes. (Certificat du Dr Paul Garnier, 11 septembre 1884).

Interné à Ville-Evrard, il manifeste surtout des idées délirantes de grandeur : veut se marier avec Mlle de la Tour d'Auvergne, etc...

Transféré à l'asile de Toulouse en février 1885, le malade y a toujours présenté les symptômes que nous observons aujourd'hui.

La tenue est irrégulière. La parole et le geste sont brusques et lorsqu'on l'aborde, le malade commence par nous dire avec vivacité qu'il est fatigué d'être ainsi « volé, assassiné, anéanti ». Puis, tout-à-coup, D... prend son sourire le plus gracieux, nous tend la main et nous dit un mot aimable. On peut obtenir ainsi quelques réponses correctes et s'assurer que le malade a conservé sa mémoire, qu'il garde les traces d'une culture intellectuelle au-dessus de la moyenne. Il nous raconte, avec esprit, son existence mouvementée et vagabonde ; marque les étapes principales de ses voyages par le souvenir de quelque femme exquise, se complaît à décrire les charmes des Arméniennes ou des Américaines. Et, de nouveau, sans la moindre transition, D... proteste contre la violation de ses droits. Il lui faut des palais luxueux, il a une *désinvolture royale*, veut avoir des rapports avec les plus belles femmes du monde. La reine Wilhelmine de Hollande ressemble absolument à son ancienne maîtresse. Elle doit être sa fille ; il en a la certitude depuis qu'il l'a vue dans les journaux illustrés. D.. lit régulièrement les journaux, y a suivi Guillaume II dans son voyage en Palestine et veut aller à sa rencontre pour recueillir ses impressions. Les princesses, les palais somptueux, loin des persécutions qu'on lui fait subir ici, sa conversation roule invariablement sur ces sujets depuis 14 ans. Hallucinations de l'ouïe à l'exclusion de toute autre. D... s'arrête au milieu d'une conversation pour répondre à des interlocuteurs imaginaires. Travaille peu, rend cependant quelques services pour les corvées de quartier. Ne veut même pas entendre parler de son frère. Sentiments affectifs nuls.

Etat physique bon. Les fonctions organiques s'accomplissent régulièrement.

II. — B..., 63 ans, célibataire, charpentier de marine, entré pour la première fois en février 1870.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts de vieillesse. Mère encore vivante ; père mort 3 jours après une attaque de « paralysie. »

Antécédents personnels. — B... est fils unique, a reçu une instruction primaire et est devenu un très bon ouvrier. Comme soldat, il a fait la campagne d'Italie et pris part aux principaux faits d'armes qui la mar-

quèrent. En 1869, premières sensations pénibles ; le sommeil devient rare quelque temps après la mort de son père qui l'a impressionné fortement. Un accès de manie éclate, avec grand désordre des idées et des actes et le malade est interné à l'asile de Toulouse où il s'améliore peu à peu. Il sort, avant d'être guéri, le 10 mai 1870. Il fait campagne pendant la guerre franco-allemande, rentre dans sa famille bien portant physiquement et moralement, reprend son travail de charpentier jusqu'en 1879, époque à laquelle éclate un nouvel accès de manie qui nécessite un nouvel internement en juillet 1879.

A l'asile de Toulouse, le calme se rétablit rapidement à la suite de quelques « bains favorables » ainsi que le raconte le malade lui-même. Alors s'installent quelques idées délirantes et quelques troubles sensoriels qui furent notés à ce moment et que nous retrouvons encore aujourd'hui.

Le malade a gardé, gravées dans son esprit, les sensations pénibles éprouvées lors de son premier internement. Aussitôt qu'il portait quelque aliment à sa bouche, il ressentait un violent coup à la nuque. On le frappait aussi pour le rendre fou, pour affaiblir son estomac et ses jambes. Tout cela pour éviter ce qui est arrivé d'ailleurs lorsqu'il est sorti : la proclamation par lui de la République. Il avait prévu cet événement depuis longtemps et annoncé que Napoléon III capitulerait à Sedan. B... raconte tout cela avec une incohérence manifeste, enchevêtrant les idées de grandeur dans les idées hypochondriaques et les idées de persécution. Il retrouve invariablement les mêmes idées avec les mêmes expressions quand il en a épuisé la série.

Les troubles de la sensibilité générale sont très accusés. On lui serre le ventre et la tête ; on frappe à coups de poings sur son ventre. On lui fait tomber les dents qu'il a perdues depuis qu'on lui a fait manger de la viande, un jeudi-saint. Pour conserver celles qui lui restent, il garde constamment dans la bouche de l'ouate.

B... est habituellement calme mais incapable de s'occuper. Sa mémoire est parfaitement conservée et l'activité cérébrale n'est pas notablement affaiblie.

Périodiquement, les idées délirantes et les troubles de la sensibilité augmentent d'intensité et provoquent de l'excitation qui se traduit par des réclamations bruyantes. B... se plaint alors que les infirmiers « l'assassinent », lui donnent des vêtements ayant appartenu à des criminels, lui jettent de mauvaises idées dans la tête. Son état mental n'a pas varié depuis 19 ans.

Les sentiments affectifs sont nuls. B... ne veut même pas savoir si sa mère est vivante. Il déplore lui-même d'ailleurs ce manque d'affection et dit qu'on l'a rendu indifférent.

La sensibilité à la douleur est très diminuée ; les extrémités sont cyanosées ; la peau a une teinte bronzée particulière. Pas de troubles de la

motilité ni de la réflectivité. Les autres fonctions s'accomplissent normalement.

A ces exemples, cueillis dans notre observation quotidienne, nous pourrions ajouter des faits intéressants rapportés par différents auteurs. La première observation du mémoire de Tonnini [1] a trait à une paranoïa secondaire post-maniaque.

Un homme de 52 ans, à la suite de deux accès de manie, présente « un magnifique délire de persécution à teinte mystique ». Ce délire s'est organisé malgré un affaiblissement intellectuel notable. Discret habituellement, ne troublant pas l'activité générale du malade, il est sujet à des exacerbations périodiques. L'élément héréditaire fait absolument défaut. [2]

Une des trois observations qui servent de base au mémoire de Nasse (3) concerne un maniaque non prédisposé héréditairement qui, après deux accès de manie franche, survenus à quatre ans d'intervalle, devient un mystique mégalomane.

Ces quelques faits suffisent à démontrer l'existence de délires systématisés secondaires à la manie. Nous ne pensons pas, avec Tonnini, qu'ils soient aussi fréquents que les délires post-mélancoliques. Ce n'est pas non plus l'opinion de Brassert [4] qui a observé des délires post-maniaques dans la proportion de 1.65 °/₀ des cas de manie, tandis que pour les délires post-mélancoliques la proportion est de 3.51 °/₀. Mendel [5] est du même avis.

Dans les asiles, on reconnaît ces malades d'autant plus facilement qu'ils prennent, pour ainsi dire, l'habit de leur maladie. Interrogez ces vieux maniaques affublés d'oripeaux,

(1) Tonnini. — *La Paranoïa Secondaria.* — *Riv. Sper.* 1887, p. 67.

(2) Tonnini. — *Loc. cit.*, p. 68 à 71.

(3) Nasse. — *Allg. Zeitsch f. Psych.* B. XXXIV, p. 167, 1878.

(4) Brassert.— *Ueber secundäre Paranoïa*, 1895.—*Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd L. II, s. 772.

(5) Mendel.— N. 5, 1883, p. 215. *Ueber secundäre paranoïa.* — *Neurol. Centralbl.*

parés ou décorés de si pittoresque façon; remontez dans les antécédents de quelques-uns de ces malades qui sont légendaires dans un établissement, qui distribuent des millions sans compter, se disent rois ou empereurs en vaquant aux besognes les plus répugnantes et vous constaterez qu'ils ne sont point des déments proprement dits, que leur mémoire est conservée, qu'ils sont capables de suivre une conversation, de discuter sur des questions indifférentes ou professionnelles. Sur le terrain de leurs conceptions délirantes, ils s'animent, énumèrent successivement et sans ordre, une série d'idées toujours les mêmes. Chacune de ces idées, prise à part, fait des efforts pour se systématiser ; elle ne peut se joindre à ses voisines pour coopérer à une œuvre de systématisation commune. Il en résulte un délire manifestement incohérent, contradictoire.

« Les malades atteints de paranoïa post-maniaque, dit « Tonnini, présentent une accélération du cours des idées « qui donne au délire un caractère de grande vivacité et « d'impétuosité. Ils sont d'éternels déclamateurs dont le « délire a de continuelles variations. Cette logique qui est « particulière à la paranoïa primitive leur fait défaut [3].» C'est bien, en effet, la logique qui manque à ces malades ; ils manquent aussi de la faculté de critique et d'association. Aussi leur existence, comme leur délire, n'est-elle qu'une perpétuelle contradiction. Leurs actes contredisent leurs paroles. Ils sont maîtres de l'Univers et se montrent dociles comme des agneaux; ils nous traitent d'assassins et nous donnent une poignée de mains.

Ce qui est frappant aussi, chez ces malades, c'est l'absence complète de sentiments affectifs. Ils ne veulent pas recevoir leurs parents, ne lisent pas leurs lettres, sont insensibles aux deuils qui les frappent. Outre les sentiments affectifs, ils ont perdu la notion des convenances sociales. Oublieux des règles les plus élémentaires qui président aux relations des person-

(1) Tonnini.— *La Paranoïa secondaria.*— *Riv. sper.* 1887, t. XIII, p. 62.

nes, ils n'ont aucun souci de leur tenue, satisfont en public à leurs besoins naturels.

Tels sont ces malades au point de vue psychique. Au point de vue physique, on observe de la suractivité musculaire, de l'exagération ou de la perversion dans le fonctionnement des divers modes de la sensibilité. Leur appétit est accru, l'odorat et le goût sont pervertis. Un délirant systématisé, ancien maniaque devenu mégalomane, avait élu domicile dans un réduit où se recueillaient les os de la boucherie. De ces os, il se servait comme de combustible pour cuire des repas horribles composés de chats et de rats morts.

Cette perversion frappé tous les modes de la sensibilité ; mais on n'observe point de ces troubles graves que nous étudierons chez les délirants post-mélancoliques. Les hallucinations sont fréquentes, celles de l'ouïe surtout. Un de nos malades s'interrompt, au cours d'une conversation, pour répondre à une question pressante de ses interlocuteurs imaginaires.

Si l'on remonte dans les antécédents héréditaires ou personnels de ces malades, on trouve presque toujours quelque tare cérébrale dans les ascendants et les causes ordinaires de la manie chez le sujet. Nous verrons, en étudiant la pathogénie des délires systématisés secondaires à la mélancolie que l'hérédité aggrave les causes vulgaires d'une psychonévrose, que l'une et les autres, associées dans certaines conditions, impriment, à l'accès psychonévrotique d'abord, des allures particulières et, préparent ensuite, des états secondaires sur lesquels peut se développer un délire systématisé.

Les choses ne se passent pas autrement dans la manie. Le maniaque, qui se prépare à devenir un délirant systématisé secondaire, accuse, bientôt après le début de l'accès de manie, des tendances à s'arrêter sur une ou plusieurs conceptions délirantes. Peu à peu les phénomènes généraux s'atténuent ou disparaissent et les conditions de l'état secondaire favorable au délire systématisé se réalisent. Ce délire pourra être l'interprétation d'une sensation violente éprouvée au cours de l'accès de manie et dont l'impression seule subsiste ; souvent, il

reflètera les sentiments ou les croyances manifestées par le sujet, antérieurement à cet accès.

La mégalomanie y est fréquente parce que, à la faveur de l'affaiblissement de la faculté de critique, le malade voit se réaliser, dans le délire, les rêves qu'il avait faits avant sa maladie. Quelquefois, le délire n'est que l'épanouissement d'idées obsédantes autrefois et péniblement contenues. Nous voyons, dans une de nos observations, un prêtre lutter longtemps contre les sollicitations des «femmes du plus grand monde parisien», cesser la confession, entreprendre des voyages pour fuir Paris et ses séductions. Dans son délire, il revoit des « femmes exquises », veut épouser des princesses et habiter des appartements royaux.

Il va sans dire que cette transformation de la manie est de mauvais augure. Elle se fait, sinon à la faveur de la démence qui s'établirait, tout au moins grâce à l'affaiblissement de certaines facultés de critique, d'association, à la disparition des sentiments affectifs, moraux, etc.

Nous insisterons ailleurs sur les raisons qui nous font penser que cette déchéance de quelques facultés ne suffit point à caractériser la démence telle que nous la comprenons en pathologie mentale. Il n'en est pas moins exact de dire que cet affaiblissement de certaines facultés, qui sont la base du raisonnement, indique une désorganisation psychique profonde et incurable.

Les malades, atteints de délire systématisé post-maniaque, stationnent longtemps dans le même état mental. Ils succombent le plus souvent aux suites d'une maladie incidente avant de verser dans la démence commune que, théoriquement, on devrait admettre comme la terminaison rationnelle d'un délire post-psychonévrotique.

Nous avons eu, récemment, l'occasion d'examiner le système nerveux d'un délirant systématisé post-maniaque, mort en pleine activité délirante des suites d'un cancer de l'estomac.

Dans ses nerfs périphériques. dans sa moelle, dans ses

ganglions sympathiques nous n'avons point constaté de lésions anatomiques appréciables.

Dans l'écorce grise du cerveau, la forme générale des grandes cellules pyramidales est conservée, les prolongements sont réguliers. Ces cellules n'offrent plus, il est vrai, cette striation spéciale, régulière autour du noyau central. Les granulations chromatophiles ont disparu ou bien, après s'être fondues, ne persistent plus qu'à l'origine des prolongements sous forme de masses homogènes fortement colorées. Ce processus d'altération cellulaire n'a rien de spécifique. Il signifie seulement que la cellule pyramidale a épuisé ses ressources de substance chromatique, et cet épuisement peut parfaitement être mis sur le compte de la cachexie cancéreuse qui a emporté le sujet.

De ces résultats négatifs, il ne faudrait point cependant se hâter de conclure que l'anatomie pathologique ne peut nous fournir aucun renseignement intéressant sur l'état du système nerveux chez de tels malades.

CHAPITRE IV

Délires systématisés secondaires à la mélancolie

SOMMAIRE :

Ils sont les plus fréquents, les plus intéressants aussi. — Ces délirants ont un pied dans la mélancolie, l'autre dans la folie partielle. — Nécessité de les répartir en 3 groupes.

GROUPE **A.** — Délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique. Elles survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation.

Observation d'une mélancolique intermittente dont le dernier accès s'est prolongé sous forme de délire de persécution. — Plus d'anxiété, mais persistance des troubles sensoriels. — Leur interprétation délirante constitue le délire. — Les troubles sensoriels disparaissent et l'interprétation subsiste. — Elle finit par disparaître aussi. — Retour des sentiments affectifs. Guérison.

Le délire est l'interprétation d'une sensation qui persiste ou qui a disparu. — Pronostic favorable.

GROUPE B. — Délires systématisés développés sur des états secondaires à la mélancolie. Ils prennent les allures des psychoses systématisées progressives.

Ces formes cliniques s'éloignent plus ou moins de la mélancolie, tendent à se rapprocher des délires de la paranoïa, sans se confondre avec eux. Le fonds mélancolique persiste; mais les conceptions délirantes ne s'inspirent pas nécessairement de celles de la psychonévrose primitive. — Les réactions sont différentes.

Mélancoliques persécutés.

Observation d'un vésanique héréditaire qui, après deux accès de mélancolie aiguë, systématise un délire de persécution sur des troubles graves de la sensibilité générale et spéciale. — Richesse des explications délirantes. — Le malade accuse ses persécuteurs pour les supplier. — Attitude et réactions mélancoliques. — Le délire n'a pas varié depuis 20 ans. — Pas d'idées de grandeur, pas de démence.

Mélancoliques persécutés et mégalomanes.

Observation d'un mélancolique chez lequel on assiste à deux accès de stupeur. — Au deuxième, succède un délire systématisé de persécution avec troubles graves de la sensibilité générale et spéciale. — Les interprétations sont celles d'un persécuté accusateur, les réactions celles d'un mélancolique. — Evolution du délire. — Le malade devient mégalomane sans cesser d'être mélancolique.

Mélancoliques à la fois persécutés, mégalomanes et négateurs immortels.

Observation d'une femme qui, après deux accès de mélancolie anxieuse, systématise un délire de persécution sur des troubles graves de la sensibilité générale et spéciale et arrive rapidement aux idées de grandeur. — Parallèlement, un délire de négation se systématise sur des troubles cénesthétiques et arrive aux idées d'immortalité. — Les deux formes délirantes évoluent séparément.

Ces formes mentales ne sont pas de la paranoïa, parce que paranoïa veut dire : une constitution spéciale dont le délire systématisé progressif n'est que le principal symptôme. — De la théorie de M. Magnan à celle de Tanzi et Riva. — Elles sont le résultat de l'association ou de la combinaison, dans des proportions variables, de l'élément paranoïen et de l'élément psychonévrotique. — Nécessité de faire la part de chacun de ces éléments pour asseoir un diagnostic et un pronostic.

GROUPE C. — Délires systématisés post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif. — Ils correspondent aux démonomanies d'Esquirol, au délire hypochondriaque de Morel, au délire de négation de Cotard, au délire mélancolique de Séglas. — Il n'y a pas un délire mélancolique, il y a des délires mélancoliques. — L'hérédité favorise les tendances hypochondriaques des délirants mélancoliques de la même manière que les tendances orgueilleuses des persécutés mégalomanes. — Troubles graves de la sensibilité cénesthétique et sensitivo-sensorielle.

Observation d'un mélancolique anxieux devenu négateur.— Antécédents héréditaires chargés.— Troubles gastriques, émotion. Accès de mélancolie.— Troubles graves de la sensibilité cénesthétique.— Illusions viscérales, mus

culaires, etc. ; hallucination de la vue, de l'ouïe ; prédominance de la variété psychomotrice.— Le délire des négations est une interprétation des troubles sensoriels. Il évolue et aboutit aux idées d'immortalité.— Intégrité de la mémoire.— Déchéance physique progressive.— Disparition des réflexes rotuliens.— Parésie d'un membre.— Mort dans le marasme.

Les sensations sont réelles parce que des lésions importantes des neurones sensitifs leur correspondent.— Le délire interprète des sensations et des lésions.

Théorie psychologique et théorie anatomique.

Plus encore que la manie, la mélancolie se complique de délires systématisés. Ceux-ci peuvent apparaître à toutes les périodes d'un accès mélancolique, s'installer près de son début ou de sa terminaison et, aussi, lui succéder. Les délires systématisés secondaires à une mélancolie semblent bien être plus fréquents que les délires consécutifs à une manie. C'est l'opinion de Mendel, de Nasse et de Brassert, Tonnini est seul à ne pas le penser.

Une psychonévrose mélancolique apporte généralement un trouble moins profond dans les facultés du sujet qui en est atteint. Nous n'avons aucune peine à admettre que les délires systématisés s'y observent avec plus de fréquence. Bien plus, leur intérêt clinique est considérable, en raison de ce fait qu'ils prennent, tour à tour ou simultanément les caractères de la mélancolie et ceux de la folie partielle. Ils influent sur la marche et le pronostic d'une mélancolie et compliquent l'histoire de la paranoïa. Il importe donc au plus haut point de préciser leur rôle et leurs limites.

Le délire systématisé, chez un mélancolique, peut présenter tous les degrés. De symptôme épisodique transitoire qu'il est, dans un grand nombre de cas, il s'élève parfois jusqu'à un degré de systématisation tellement parfaite qu'il ressemble, à s'y méprendre, aux délires caractéristiques de la paranoïa.

Qui ne s'est trouvé aux prises avec les difficultés d'un diagnostic différentiel entre un délire systématisé de persécution et une mélancolie avec idées de persécution systématisées ?

Il importe cependant de faire ce diagnostic, si l'on veut éviter des erreurs de pronostic colossales.

La réalité clinique de délires systématisés évoluant sur des

états secondaires mélancoliques ne peut être sérieusement contestée. Elle est reconnue par les observateurs de tous les temps et de tous les pays. Les divergences commencent lorsqu'il s'agit de les interpréter.

Un premier fait s'impose d'abord à notre attention. Il n'y a pas un délire mélancolique, il y a des délires mélancoliques qui ne s'accommodent pas d'une description commune. Un mélancolique, devenu négateur, s'éloigne cliniquement d'un mélancolique persécuté, bien que l'un et l'autre présentent un fonds de mélancolie, et ce mélancolique persécuté lui-même ne ressemble pas à cet autre mélancolique persécuté et mégalomane. Il y a plus que des degrés d'un même processus morbide, entre ces trois catégories de délirants systématisés, et la clinique se refuse à les réunir. Ils n'ont pas une étiologie commune; leurs manifestations physiques et psychiques sont différentes, leur évolution et leur pronostic ne sont pas les mêmes. L'anatomie pathologique justifie, dans une certaine mesure, la légitimité de ces distinctions.

Nous avons divisé les délires systématisés post-mélancoliques en trois groupes.

Un premier groupe réunit les formes les plus simples des délires systématisés secondaires. Ce sont ceux qui persistent lorsqu'un accès mélancolique touche à sa fin, lorsque les troubles sensoriels diminuent ou disparaissent. Il n'est pas rare de voir un mélancolique se calmer, se rétablir au point de vue physique, assister à la disparition de ses hallucinations, sans pour cela renoncer à quelques-unes de ses conceptions délirantes, se complaire même dans l'interprétation fausse des sensations pénibles qu'il a éprouvées. Ces délires post-mélancoliques offrent une symptomatologie spéciale, un pronostic favorable. Ils méritent d'être étudiés à part.

Dans un deuxième groupe, nous réunirons ces délires systématisés plus ou moins parfaits, à propos desquels se pose la question de savoir s'il s'agit de symptômes ou d'entités morbides. Eclos à la suite d'une mélancolie et entretenus par les troubles sensoriels qu'elle a provoqués et qui persistent,

ils prennent les allures des délires systématisés progressifs, évoluent comme eux. Humbles et indignés pendant l'accès de psychonévrose, les malades deviennent des persécutés ou des ambitieux. Quelques-uns continuent à trouver en eux-mêmes la raison des sensations pénibles qu'ils éprouvent : ce sont les persécutés auto-accusateurs de J. Falret, de Séglas. D'autres évoluent et réagissent à la manière des véritables persécutés. Nous verrons plus loin qu'ils ne cessent jamais d'être des mélancoliques. Les troubles sensoriels sont graves. L'activité physique du sujet n'est pas sérieusement troublée.

De ce groupe, s'excluent naturellement les délires systématisés franchement mélancoliques, dont le délire de négation est le prototype. En effet, ces délires prennent racine dans l'accès de mélancolie. Ils sont une affirmation de ses premières tendances délirantes. Les étapes de leur évolution vers les idées de grandeur mélancolique sont marquées par des recrudescences d'une psychronévrose qui ne disparaît jamais complètement. Nous verrons que ces délires ne sont autre chose que l'explication délirante d'une sensation, réelle comme la lésion anatomique qui la provoque.

Sans doute, on observe des délires dont les caractères participent à la fois de ceux de plusieurs groupes. Nous signalerons de ces faits et chercherons leur signification.

Groupe **A**

Délires systématisés post-mélancoliques, représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique. Ces idées délirantes survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation.

Une observation nous permettra de prendre tout de suite contact avec les malades de ce groupe.

G..., 42 ans. mariée, entrée à l'asile de Toulouse en octobre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie. Mère morte, deux mois après, d'une maladie causée, dit-on, par le désespoir, et qui n'était en réalité qu'un accès de mélancolie.

Antécédents personnels. — D'une intelligence ordinaire, elle a été très laborieuse et rangée dans son ménage, aimant ses enfants qu'elle a élevés correctement. Aurait eu, avant son mariage, un accès de mélancolie dont l'intensité ne fut pas suffisante pour motiver un internement.

En 1891, accès de mélancolie anxieuse caractérisée par des frayeurs imaginaires, des hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Idées d'empoisonnement et de suicide. La famille ne voulut point consentir à un internement dans une maison spéciale. La malade fut seulement isolée à la campagne. La guérison fut complète après 6 mois.

En décembre 1897, nouvel accès de mélancolie. Hallucinations terrifiantes de la vue ; idées d'empoisonnement et de suicide. Les symptômes s'atténuent assez rapidement et la malade est gardée dans sa famille malgré l'apparition périodique d'exacerbations mélancoliques qui nécessitent une surveillance spéciale.

Nous vîmes, pour la première fois, Mᵉ G.., en juillet 1898, au moment où une de ces crises préoccupait beaucoup sa famille. La malade était gardée à vue, dans son lit, d'où elle sortait brusquement dès qu'elle ne se sentait plus surveillée, pour courir à la fenêtre d'où elle voulait se précipiter dans la rue. L'alimentation était difficile, le sommeil rare. La malade se croyait empoisonnée, entendait des voix qui la menaçaient. Une séquestration était urgente ; elle fut décidée le jour même. A la maison de santé privée de Toulouse, où elle fut placée en traitement, la malade s'est montrée suffisamment calme et peu communicative.

Elle fut retirée par la famille en octobre 1898. Nous la revîmes après sa sortie. Son état mental était peu satisfaisant. La malade reprochait amèrement à sa fille de l'avoir internée sans motif et dans une maison où elle avait beaucoup souffert. Ce n'était point une maison de santé. Les pensionnaires n'avaient point une figure humaine. On la mettait dans un bain de pétrole où elle « s'évanouissait, puis revenait à elle peu à peu ». La nuit, on frottait des allumettes pour donner une « mauvaise odeur et mettre le feu. » Tout d'ailleurs « sentait mauvais ». La religion qu'on y pratiquait n'était point la bonne. Des francs-maçons assistaient aux offices. Tout le monde savait ce qu'elle pensait. Entendait la voix de son plus jeune enfant l'appeler à son secours.

Sa peau était devenue ridée. On mettait des mouches et des araignées dans son lit. Pour éviter leur contact, elle se couchait par terre ou bien gardait son corset. Sentait comme un venin lui rentrer dans les chairs.

Depuis qu'elle est retournée dans sa famille, sa fille fait des grimaces devant elle, veut l'empoisonner, se sert la première à table, etc. Son aversion pour sa fille est telle qu'elle refuse absolument de la voir. Elle se cache le visage dans les couvertures quand elle approche, déclare qu'elle veut quitter la maison.

Internée à nouveau, cette fois à l'asile public de Toulouse, la malade

persiste dans ses interprétations délirantes. Elle ne veut point recevoir la visite des siens, veut quitter l'établissement pour aller ailleurs que chez elle, refuse des vêtements et des confiseries que sa famille lui envoie.

Parfaitement calme d'ailleurs, elle nous déclare qu'elle n'a à se plaindre de personne à l'asile ; qu'elle n'éprouve plus les sensations pénibles d'autrefois. Elle croit toujours à leur réalité et les interprète.

Enfin, dans les premiers jours de décembre, les sentiments affectifs reparaissent. La malade demande elle-même à recevoir la visite de ses enfants et de son mari. Elle les reçoit parfaitement, se reproche de leur avoir fait de la peine et reconnaît que la maladie avait faussé ses sentiments. L'accès est considéré comme terminé et la malade quitte l'établissement.

L'observation nous met fréquemment en présence de faits semblables. On voit des mélancoliques anxieux, tourmentés, effrayés, se calmer peu à peu, abandonner la plupart de leurs conceptions délirantes à mesure que les troubles de la sensibilité disparaissent, retenir seulement une ou quelques-unes de ces idées, systématiser un délire sur cette base. Lorsque ce délire est l'explication d'une sensation pénible, celle-ci peut cesser sans que cesse l'interprétation délirante.

Il semble que, chez ces malades, les idées délirantes aient des racines plus ou moins profondes suivant la nature du terrain sur lequel elles ont germé. L'hérédité prédispose à ces délires secondaires. Ils s'observent, de préférence, après le second ou le troisième accès, rarement après le premier. Leur étiologie est celle de la mélancolie intermittente. Ils en imposent difficilement pour un délire systématisé, voué à la stabilité ou à une évolution progressive, si l'on tient compte de la nature des idées délirantes. Elles sont un résidu de l'accès psychonévrotique, interprètent le plus souvent une sensation qui a disparu ou tend à disparaître. Les facultés intellectuelles sont intactes, les sentiments affectifs n'ont pas encore reparu.

Ces caractères permettront de reconnaître le plus souvent les délires systématisés qui appartiennent à ce groupe, de prévoir leur terminaison par la guérison après une durée qui varie entre un et six mois. Celle-ci s'annonce par la désorga-

nisation progressive du système délirant et le retour des sentiments affectifs. Un nouvel accès prépare un délire secondaire plus actif et plus durable.

Nous avons hâte d'arriver au deuxième groupe de délires systématisés secondaires dont l'histoire nous éclairera sur la pathogénie des délires que nous venons d'étudier. Nous n'en avons rien dit, à dessein, parce que, au point de vue pathogénique, les mêmes considérations leur sont applicables.

Groupe B

Délires systématisés développés sur des états secondaires à la mélancolie. Ils prennent les allures des psychoses systématisées progressives.

C'est dans ce groupe que nous rencontrerons les cas cliniques les plus difficiles à interpréter. Si on s'explique qu'un mélancolique déprimé parvienne à systématiser un délire de persécution lorsque les troubles cénesthétiques et sensoriels ont subi une sorte de classement, si l'on conçoit sans peine des persécutés auto-accusateurs, des persécutés mélancoliques, on a plus de peine à comprendre qu'un délire post-mélancolique puisse évoluer avec les grands caractères d'un délire chronique. Nous verrons, un peu plus loin, que ces formes mentales ne sauraient s'abriter toutes sous la formule trop générale : *délires des dégénérés*. Selon notre habitude, nous discuterons sur des faits.

Voici d'abord un persécuté mélancolique.

D..., 46 ans, célibataire, employé de chemin de fer, entre à l'asile de Toulouse en mai 1888.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts à un âge avancé. Le père, arthritique, eczémateux, devenu mélancolique, s'est suicidé. La mère, au dire du malade, a succombé, à la suite d'un coma ? qui a duré 3 ans, à l'âge de 57 ans. D... est le 3me de 7 enfants dont le premier et les deux derniers sont morts en bas-âge. Le deuxième est mort tuberculeux à 24 ans. Le 4me est une sœur bien portante. Un cousin germain maternel est devenu paralytique ? de bonne heure.

Antécédents personnels. — Employé instruit et consciencieux, scru-

puleux même, il n'a manifesté aucun symptôme de dérangement cérébral jusqu'à l'âge de 38 ans.

En mars 1879, un mois après la mort de son père, qui l'avait fortement impressionné, il a un cauchemar affreux dans lequel le mort lui apparaît. Accès de mélancolie anxieuse qui guérit dans les premiers jours de février 1879.

En juin de la même année, nouvel accès qui traîne en longueur et nécessite l'internement dans une maison de santé privée de Toulouse, où les symptômes de la maladie ont été, à quelques petites variations près, ceux que nous avons observés à l'asile de Toulouse, que nous observons encore d'ailleurs.

Au point de vue psychique, D... est avant tout un déprimé qui ne se plaint que lorsqu'on l'interroge, qui nous accuse pour ainsi dire humblement de lui faire endurer des souffrances horribles, de faire sur lui des expériences atroces. Il écrit beaucoup aux autorités. Ses lettres ne contiennent jamais une menace.

Toute son activité cérébrale se dépense à interpréter les sensations qu'il éprouve. Il les rapporte toutes à des actions chimiques. Les produits qui l'influencent alternativement sont le « pergalate de fer », l'arsenic, le soufre, le phosphore, l'urée, la potasse, l'acide sulfurique. Le « pergalate de fer » agit sur les nerfs, les rend plus vibrants, gêne la respiration, tend les oreilles qui entendent des voix. D... est très halluciné de l'ouïe. On lui parle 17 heures environ sur 24, depuis 18 ans. Il attribue encore au « pergalate de fer » la sensation de constriction qu'il éprouve souvent dans la tête.

L'arsenic le constipe et lui a donné, à plusieurs reprises, des accès de fièvre. Le phosphore facilite la lecture de la pensée. Il n'est plus maître de la sienne depuis fort longtemps.

Le soufre a considérablement délabré son estomac. Il ressort cristallisé par les urines. Il a pourtant un effet favorable : celui de neutraliser, dans une certaine mesure, les effets du phosphore.

L'urée gêne la communication entre l'estomac et l'abdomen. Elle est cause de phénomènes tétaniques que le malade reconnaît dans la rétraction d'un orteil. La potasse a développé chez lui une « phthisie galopante ».— (Le malade est atteint de bronchite chronique dont la spécificité, soupçonnée à l'examen clinique, n'a jamais été confirmée par l'examen bactériologique).

L'acide sulfurique irrite ses bronches et « facilite les crampes de sang mécaniques », d'où une grande « indécision dans le mouvement ».

L'électricité ou mieux, pour employer son expression, l'induction électro-dynamique, provoque chez lui toutes sortes de sensations pénibles. Sous cette influence, il éjacule jusqu'à 9 fois dans 1 heure. Il a ressenti, une seule fois, un violent « coup de bélier au cœur », ressent des secousses dans son lit, des poussées de chaleur à la tête. Son bras gauche est sensiblement raccourci.

Etat général mauvais. Troubles de la circulation périphérique. Cyanose des extrémités. Troubles graves des fonctions digestives et respiratoires. Diminution de la réflectivité en général.

Ce délire n'a pas évolué. Il est tel qu'il était il y a 18 ans. On n'a jamais noté une idée délirante de grandeur.

Notre malade est un persécuté halluciné. Il cherche autour de lui les causes des sensations pénibles qu'il éprouve, croit la trouver dans l'action malfaisante de drogues prescrites, interprète tout ce qu'il entend, tout ce qu'il voit et ce qu'il ressent dans le sens de son délire. Il ressemble donc à un délirant chronique, mais il s'en distingue par l'évolution de ce délire, secondaire à des accès de psychonévrose franche ; il s'en distingue aussi par l'immobilité de ce délire, par les réactions qu'il entraîne. D... se plaint d'être tourmenté, écrit aux autorités judiciaires, non pour accuser ses ennemis, mais pour supplier qu'on mette un terme à ses souffrances. Il est toujours humble et craint de nous offenser. Depuis dix-neuf ans, il formule invariablement les mêmes interprétations ; il n'a jamais manifesté la moindre tendance aux idées de grandeur. Il n'est ni un mélancolique pur, ni un délirant chronique. On est en droit de l'appeler un persécuté mélancolique.

C'est M. J. Falret qui, en différentes circonstances, a appelé l'attention sur cette variété de délire de persécution. Séglas leur a consacré quelques-unes de ses leçons cliniques. Ils ont fait l'objet d'une importante monographie de Lalanne.

Mélancolie et délire de persécution se compliquent et s'enchevêtrent. On voit des malades chez lesquels la mélancolie et le délire de persécution se succèdent sans s'influencer, des persécutés qui deviennent mélancoliques, enfin des mélancoliques qui deviennent persécutés. C'est de ceux-là seulement que nous avons à nous occuper ici.

Ils se recrutent, dit Lalanne, « dans cette classe de la société qui pense, dont l'arme est le cerveau [1] » ; dans le sexe masculin de préférence mais non exclusivement. Ils se

(1) Lalanne. — *Les persécutés mélancoliques*, p. 183.

développent à l'âge adulte, sous l'influence de causes héréditaires prédisposantes et de causes émotionnelles déterminantes. En somme, leur étiologie est celle des psychonévroses mélancoliques avec un peu plus d'hérédité. Est-ce à dire qu'on puisse considérer tous ces malades comme des dégénérés héréditaires ? Celui qui fait le sujet de notre observation ne présente ni des stigmates psychiques, ni des stigmates physiques de dégénérescence. Son délire est parfaitement systématisé, fixe ; il ne serait point à sa place à côté des délires polymorphes des dégénérés. Et bon nombre de faits du même genre ne s'y rangeraient pas mieux.

Le diagnostic d'un délire de persécution mélancolique ne présente pas de sérieuses difficultés. Il se reconnaît à l'association des idées de persécution et de mélancolie, à la dépression physique et mentale, au mode de réaction adopté par le malade. Le persécuté vrai accuse franchement, le persécuté mélancolique s'accuse lui-même ; c'est, le plus souvent, un auto-accusateur, ou, s'il accuse les autres, c'est pour les supplier de cesser leurs persécutions. Celui-ci ne devient jamais persécuteur ; il édifie un délire sur des troubles cénesthétiques sensitivo-sensoriels qui sont secondaires dans le délire chronique.

Nous insisterons plus loin sur les éléments du diagnostic différentiel entre les délires post-mélancoliques et les psychoses primitives.

Nous avons choisi, à dessein, pour exemple, une forme grave essentiellement chronique de délire de persécution mélancolique. Le pronostic n'est pas toujours aussi sombre et la guérison n'est pas rare. D'une manière générale, ce pronostic dépend de l'intensité des troubles sensoriels et du degré de systématisation du délire, de la prédominance des idées mélancoliques ou des idées de persécution ; si le malade se comporte comme un persécuté plus que comme un mélancolique, le pronostic est défavorable. Car, dans ce cas, il tend à se confondre avec les formes graves dont nous allons donner un exemple.

T..., 37 ans, ajusteur mécanicien, entré à l'asile de Toulouse en février 1885.

Antécédents héréditaires. — Tante maternelle aliénée.

Antécédents personnels. — T... aurait eu, il y a quelques années, un accès de lypémanie sur lequel nous manquons de renseignements précis. Il arrive de l'asile de Montauban où il a été interné en novembre 1884 avec le diagnostic : *Lypémanie stupide*.

A son arrivée à Toulouse, T... est déclaré atteint de lypémanie avec idées délirantes de persécution. Dépression, idées d'empoisonnement, d'infidélité conjugale, etc.

Une amélioration se produit peu à peu. En 1889, elle est suffisante pour qu'on songe à le faire sortir.

En 1890, nouvel accès de mélancolie avec stupeur, à la suite duquel s'installent et se systématisent des idées de persécution. L'état mental devient bientôt tel que nous l'observons encore aujourd'hui.

T... est un ouvrier habile, incapable d'un travail régulier en raison de l'activité des idées délirantes.

On lui a brûlé la tête, on lui a crevé les « parties ». On lui a fait venir deux hernies. Un fil d'acier, d'un mètre de longueur et d'un millimètre de diamètre, avec un raccord au milieu, a été introduit dans ses organes génitaux. Ce fil, ajoute T..., n'a été retiré qu'à moitié. En fait T... a eu deux hernies, opérées à l'asile de cure radicale. Son urèthre est rétréci et a été souvent cathétérisé. Laissons la parole au malade qui rend parfaitement compte de ses impressions.

« Dans la tête, quand je travaille, j'éprouve une sensation de brûlure; de même dans le cervelet. » Et T... porte la main à sa nuque. Cette brûlure résulte d'un « réflexe de rayons ». « Il y a 14 ans que je suis sous le joug de la physique. Tout cela me détrempe le cerveau. Vous pouvez le constater par l'odeur de mon mouchoir que voilà.

« Dans les yeux, je ressens comme des piqûres. Elles peuvent provenir de certains acides, l'acide nitrique probablement. Toujours est-il qu'à certains moments je vois trouble.

« Les dents, on me les a traversées avec des influences physiques et chimiques, avec le « bromure de mercure notamment ». Résultat : les dents me sont tombées ». T. . nous montre ses dents, en très mauvais état

« Mes oreilles entendent des voix par l'intermédiaire du téléphone ; voix amies et ennemies alternativement. Ce sont les infirmiers et infirmières qui me tiennent compagnie par téléphone.

« La poitrine, ils me l'ont engorgée. Il y a deux jours, j'ai ressenti un violent coup dans le flanc gauche et depuis j'ai un point de côté douloureux. En même temps que je ressentais le coup, j'ai entendu une voix me menacer du carcan jusqu'à ce que je serai devenu squelette. Avant hier

on m'a mis des crachats dans la soupe. Je les ai reconnus au goût et à l'odeur. La viande avait été trempée dans l'essence de térébenthine.

« J'éprouve de continuelles douleurs dans les reins. Avec une lanterne magique, on me fait entrevoir un portrait de femme. On me fait désirer cette femme et, aussitôt, intervient un de ses parents qui m'assomme et m'enfonce son fusil en différentes parties du corps.

« Dans les bras, je ressens aussi des douleurs. On me passe, je crois, de l'acide nitrique sur les nerfs pour m'affaiblir. Regardez, comme je suis devenu sec.

« Dans les jambes, cette nuit dernière encore, ils ont voulu me fourmiller, me donner des crampes, me paralyser; cela m'arrête le sang, me paralyse bras et jambes. Je me frotte avec vivacité et la circulation se rétablit peu à peu, le mouvement reparaît. Les sensations que j'éprouve dans les jambes sont plus pénibles que celles que je ressens dans les bras.

« On me passe tantôt à chaud, tantôt à froid, à la glace. Mon corps est tantôt refroidi, tantôt brûlant.

« Voilà 14 ans, répète le malade, que je souffre ainsi, qu'on me rétrécit le canal de l'urèthre, qu'on agit sur mon sphincter anal en le dilatant ou le resserrant. Je demande quel est le jugement qui m'a condamné à pareil martyre. »

L'attitude habituelle du malade est la dépression. Il a cessé de travailler depuis quelques mois. Le travail était pour lui le sujet d'un redoublement des hallucinations.

D'ailleurs T... ne veut pas travailler pour une œuvre de supplice, mais pour une œuvre de civilisation et d'humanité Il n'aurait, du reste, pas eu besoin de travailler s'il avait été en possession de ses droits. Il a eu 815 milliards de droits de succession, légués par les « autocrates » ses parents. Sa mère se nommait Hermine de Ferrière, comtesse de Flandre, son père l'archiduc de Reichstag. Il est petit-fils de Louis XVIII, sa mère la comtesse de Ferrière étant la fille de ce dernier. T... est un surnom. Le malade nous a remis lui-même un arbre généalogique dont les ramifications sont assez difficiles à suivre.

Dans cette observation, nous voyons un mélancolique dont la psychonévrose primitive s'est affirmée par un accès de stupeur, évoluer comme un persécuté et arriver aux idées de grandeur. Du mélancolique, il n'a gardé que les préoccupations hypochondriaques et la manière de réagir.

Il est intéressant de placer à côté de ce fait, cet autre qui concerne une mélancolique, chez laquelle les idées mélancoliques et les idées de persécution évoluent parrallèlement et aboutissent, chacune de leur côté, aux idées de grandeur.

B..., 52 ans, célibataire, sans profession, entrée à l'asile en décembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts à un âge avancé. sans tare vésanique ou cérébrale. Père mort de maladie de cœur à 69 ans. Très nerveux. — Mère bien portante. Tante maternelle décédée à l'asile de Toulouse après y avoir été en traitement pour une vésanie mélancolique. Une sœur de la malade morte des suites d'une maladie de cœur. Une autre sœur et deux frères sont bien portants.

Antécédents personnels. — Enfance sans incidents. Développement normal de l'intelligence qui a toujours été éveillée. Affection très vive pour sa famille. A 12 ans, fièvre typhoïde légère. Réglée à 15 ans.

Très ordonnée et très laborieuse, sa vie n'a été qu'un long dévouement à sa mère, à ses sœurs et à ses neveux qu'elle affectionne particulièrement.

Il y a 2 ans, elle s'est beaucoup fatiguée à donner des soins à une nièce malade, pendant 14 mois. A la suite de cette fatigue, éclate un accès de mélancolie anxieuse avec hallucinations de la vue et idées de suicide. Durée : deux mois. Guérison complète.

Il y a 6 mois, nouvel accès de mélancolie anxieuse avec les mêmes symptômes. Hallucinations de la vue et de l'ouïe, de la sensibilité générale et spéciale. Idées de suicide. Elle voyait « des petits feux s'allumer dans sa chambre ». La serviette mouillée prenait feu sur son pot à eau. Sentait continuellement des odeurs de soufre, trouvait à ses aliments un goût nauséeux. Sommeil rare, cauchemars affreux.

Internée dans une maison de santé de Toulouse, elle y séjourne 6 mois sans s'améliorer. Entre à l'asile de Toulouse.

Etat de la malade au moment de son entrée. — Malade inquiète sans véritable anxiété, ne pouvant demeurer en place, pressée de nous faire part de ses impressions, ne sachant par où commencer sa narration. Se demande ensuite s'il est bien nécessaire qu'elle nous en fasse part, si elle doit avoir confiance en nous et si nous arriverons jamais à comprendre ce qu'elle souffre.

Dans la maison de santé d'où elle arrive, elle a vu des flammes la nuit. On lui a fait boire de « l'urine qui sentait le tabac » ; on l'a empoisonnée avec des champignons ; son gosier est « empâté » depuis. Elle a bu un sirop qui est « brusquement monté à la tête ». Aussitôt elle a entendu ces mots : « Ni Dieu, ni patrie, ni famille. » Le lendemain, elle a été « projetée du lit » ; elle a appris alors qu'on lui avait « inoculé quelque chose dans le corps ", qu'elle était damnée. Dans son appartement, une odeur insupportable de poudre la faisait vomir. On la traitait de voleuse, elle et les siens. On devinait sa pensée. Son frère et son neveu sont dans la maison.

Elle sent sont ventre se gonfler, éprouve des fourmillements par tout le corps et une sensation de forte constriction.

Brusquement, sans transition, la malade accuse M. C... d'annoncer la

conquête de l'Univers. Elle seule a droit à cette conquête. Sa belle-sœur a fait disparaître ses titres ; elle veut l'empoisonner pour la dépouiller de ses droits. Descend d'une ancienne famille et son oncle est parent du duc d'Aumale. Et B... ajoute, immédiatement après : « Dans la maison de santé d'où je viens, on m'a métamorphosée en bête. »

Le lendemain, la malade est encore plus tourmentée. Elle a crié une partie de la nuit, a fait des difficultés pour s'alimenter par crainte d'empoisonnement. Se plaint d'une forte pression sur les épaules, l'attribue à la sorcellerie, nous affirme qu'on a mis des poudres dans son lit qui dansait, a vu la figure d'une femme avec une bouche démesurément grande.

Dans la tête, elle sent passer comme un « ouragan » ; dans les oreilles, elle entend le bruit d'un piston de pompe. Sa tête est vide, d'ailleurs, et, dans le ventre, « c'est comme si elle n'avait pas d'entrailles. » Sa jambe droite et ses reins sont comme paralysés, les deux genoux sont douloureux.

Le délire roule toujours autour des mêmes troubles sensoriels. L'inquiétude est très vive, la surexcitation parfois extrême. B... entend, toutes les nuits, la voix de son neveu qui commence à gémir vers 3 heures. Elle soutient qu'elle a des droits sur l'Univers et se désole de ne pouvoir nous expliquer leur nature.

10 novembre 1898.— La malade se lamente sur le triste sort qui lui est réservé. Elle se préoccupe des malheurs qui vont fondre sur sa famille, plaint tous ses parents, y compris sa belle-sœur qu'elle accusait autrefois de l'empoisonner. Elle est toujours maîtresse de l'Univers. Sur notre demande de l'échanger contre le salut de ses neveux, elle hésite, prend le crayon pour nous donner une signature, puis nous le rend sans pouvoir prendre une décision. « Je ne sais plus ce que je veux, dit-elle ; je ne suis plus comme autrefois. J'ai une idée vague des choses. Toutes ces drogues m'ont changée. Le sulfonal que je prends a transformé mon corps ; je « suis pétrifiée, » je ne mourrai jamais. Ecoutez, mon cœur ne bat plus, mes poumons ne respirent plus ; frappez sur ma poitrine : on dirait du bois. Mon corps est insensible : mes mains, mes pieds ne perçoivent plus aucune sensation. » De fait, on peut enfoncer une épingle sans que la malade accuse une douleur. Cette douleur est réveillée par l'approche d'un corps chaud. Les extrémités sont refroidies, cyanosées. Réflexes rotuliens diminués.

10 décembre 1898.— A vu le diable cette nuit. Se croit enceinte de ses œuvres. Entend des horreurs. On l'accuse d'être la mère d'une jeune malade qui joue avec une poupée.

A entendu son neveu gémir péniblement là-haut. A reconnu son frère attelé à un tombereau.

Cette observation nous met en présence d'une forme

délirante complexe qui appartient au groupe que nous étudions et empiète sur celui qui va suivre. Nous l'avons placée ici parce qu'elle est un terme de transition entre les délires dépressifs et les délires expansifs secondaires à la mélancolie.

Car, c'est bien de délires secondaires typiques qu'il s'agit dans les deux observations qui précèdent. Le fait de voir succéder à une mélancolie un délire de grandeurs n'a rien qui puisse nous surprendre. M. Doutrebente [1] fait remarquer que, dès 1746. Dom Calmette a signalé les transformations successives de divers états dépressifs et constate, que les hypochondriaques arrivent à se figurer qu'ils sont de *terre*, de *neige*, de *glace; rois, cardinaux, papes, loups* et *chiens*. Le même fait est affirmé par des observations d'Esquirol [2] et de Morel [3]. On en trouve deux exemples sur trois dans le mémoire de Nasse [4]. Nous y avons insisté dans notre historique.

Mais, dans nos observations, le délire des grandeurs ne s'est point manifesté soudainement ni isolément. Il accompagne et a suivi sans doute les idées de persécution.

Vraisemblablement, les choses se sont passées, dans un cas tout au moins, comme dans un délire systématisé à évolution progressive. On se croirait en présence d'une forme mentale de ce genre, n'étaient la connaissance des antécédents psychonévrotiques et le fonds mélancolique qui persiste. Mais, pour affirmer qu'il n'y a point délire chronique, de par ce fait qu'il succède à une psychonévrose, il faut auparavant être bien sûr que cette psychonévrose ne peut pas réaliser les conditions nécessaires à son éclosion.

Ici, il nous paraît utile d'ouvrir une parenthèse et de bien préciser les points qui sont en litige; car, nous touchons à la

(1) Doutrebente.— *Société méd. psych.*, oct. 1886. — *Encéphale*, 1887, n. 6, p. 748.

(2) Esquirol. — 1838. *Traité des maladies mentales*, tome II, p. 10 et s.

(3) Morel.— 1852. *Maladies mentales*, p. 397.

(4) Nasse.— *Loc. cit.*

pathogénie des délires systématisés secondaires, c'est-à-dire au cœur même de notre sujet.

Un délire, avons-nous dit ailleurs, trouve, dans des constitutions spéciales, des conditions favorables à sa systématisation parfaite et à son évolution progressive. Telle est la constitution paranoïenne de l'école italienne, préparée par l'hérédité qui, au dire de Tanzi et Riva, se rencontre 96 fois sur cent cas de paranoïa. D'autre part, M. Magnan affirme que le délire chronique apparaît toujours et se systématise sur une constitution primitivement normale. L'écart entre ces deux opinions est considérable.

Nous aurions mauvaise grâce à nous insurger ici contre la doctrine de l'éminent clinicien de Sainte-Anne. Et cependant, nous nous sentons entraîné vers cette conception logique, qui fait de la paranoïa plus qu'un délire,une anomalie psychique véritable et originelle sur laquelle naît, sans effort, et prospère, une idée délirante. *A priori*, il paraît invraisemblable qu'un sujet normal puisse devenir « insidieusement » [1], sans secousse pour ainsi dire — car, les causes déterminantes admises par M. Magnan, sont des plus anodines, — inquiet, soupçonneux, persécuté et enfin mégalomane. Mais ce n'est point le raisonnement qui peut nous fixer sur l'étiologie d'une maladie. Elle doit s'appuyer sur l'observation. Or, la grande majorité des observateurs affirme que le délire de persécution, que la paranoïa est, au premier chef, une manifestation de la dégénérescence. Krafft-Ebing déclare qu'elle se rencontre exclusivement chez les tarés. « Je n'ai jamais constaté, dit-il, « de paranoïa chez des individus sans tare. On s'apercevra « toujours que la nature intime et tout le développement du « caractère des candidats à la paranoïa sont anormaux ; il est « même incontestable que, souvent, la tendance spéciale et « anormale du caractère est déterminante pour la forme « spéciale que prendra, plus tard, la folie primaire, de sorte « que celle-ci représente, pour ainsi dire, une hypertrophie « du caractère anormal. »

(1) Magnan et Sérieux.—*Le délire chronique*, p. 42.

Il y a donc un caractère paranoïen, pour Krafft-Ebing, comme il y a une constitution paranoïenne, pour Tanzi et Riva. Notez qu'il ne s'agit point d'une conception fantaisiste de psychologie pure. « L'hérédité dans la paranoïa est un fait « à peu près constant » disent Tanzi et Riva ([1]) qui l'ont notée 96 fois sur 100, et le sujet qui en est atteint, bien avant le délirer, porte les stigmates d'une constitution anormale.

« Défiance, orgueil excessif, exagération de l'instinct de « la conservation, coïncidant avec l'atrophie de l'instinct social. « Lucidité, attention et mémoire actives, telle est, selon del « Greco ([2]), la psychologie du paranoïen. »

Il faut lire, dans l'important mémoire de Tanzi et Riva, les raisons qui plaident en faveur du caractère atavique de cette constitution spéciale. Nous ne pouvons nous y arrêter longuement. Disons seulement, que cette manière de voir est acceptée par les représentants les plus autorisés de l'école italienne : par Morselli, Amadei, Tonnini, Tamburini, Bonvechiato, etc.

En somme, le caractère paranoïen de Krafft-Ebing, la constitution paranoïenne de Tanzi et Riva, sont des conceptions acceptées, plus ou moins complètement, par les aliénistes étrangers et, notamment, par J. de Mattos ([3]).

Morel ne les aurait pas désavouées, si on en juge par sa manière de comprendre les dégénérescences. Et, si l'opinion contraire a prévalu en France, elle le doit peut-être à l'autorité de M. Magnan ; car, il faut reconnaître que des arguments sérieux lui ont été opposés. M. Falret, M. Séglas, dans de mémorables discussions à la Société médico-psychologique, firent les plus expresses réserves. Ces réserves se retrouvent dans la plupart de nos auteurs classiques.

« La maladie (le délire chronique) frappe des sujets le « plus souvent indemnes de tares héréditaires, n'ayant, jus- « qu'alors, présenté aucune anomalie intellectuelle ou morale,

(1) Tanzi et Riva. — *La Paranoïa.* —*Riv. Sperim.*, 1884, p. 292.
(2) Del Greco, — *Communication personnelle.* Déc. 1898.
(3) J. de Mattos.— *A Paranoïa*, p. 181.

« dit M. Magnan (1)». « L'hérédité, dit au contraire M. Culler-
« re (2), joue certainement un rôle plus considérable que ne l'in-
« diquent les statistiques». « Les futurs persécutés, dit Legrand du Saulle, sont, à l'âge de la puberté, dévorés de défiance et de soupçons ». Ils ont, ajoute Lasègue, un caractère inquiet, porté à l'envie et souvent à l'orgueil. M. Régis, dit de la folie systématisée progressive, qu'elle atteint, de préférence, les sujets à caractère sombre, défiants, ombrageux, enclins à la misanthropie et à l'orgueil (3)

« En interrogeant les antécédents d'un persécuté, disait
« récemment encore M. J. Falret (4), on apprend, le plus sou-
« vent, que, dès son enfance, il a manifesté un caractère
« sombre, défiant, sauvage. En entrant dans la vie, ces malades
« sont jalousés, victimes de tous ceux qui les entourent ; ils
« vivent en dehors de toutes les règles de la vie commune. »
Sont-ce là des sujets normaux et sommes-nous bien loin des conceptions de Tanzi et Riva ?

Les élèves de M. Magnan eux-mêmes, ainsi que l'a fait remarquer M. Séglas (5), parlent quelquefois de dégénérescence héréditaire dans les antécédents des délirants chroniques. D'ailleurs, « le fait de verser dans la folie, dit M. P. Garnier (6),
« indique toujours une aptitude particulière chez celui qui
« succombe ainsi. » Il est juste d'ajouter que M. P. Garnier ne fait cette constatation que pour mieux faire ressortir l'intégrité relative de l'intelligence du délirant chronique. Relevons cependant cet aveu que, pour être aliéné, il faut avoir des aptitudes spéciales. Il est recueilli par M. Magnan lui-même et donné à l'appui de cette affirmation, qu'il ne justifie pas absolument : Le délire chronique se rencontre chez des sujets absolument normaux avant son apparition. Cette affirmation,

(1) Magnan et Sérieux. — *Délire chronique*, p. 39.
(2) Cullerre. — *Traité des maladies mentales*, p. 254.
(3) Régis. — *Manuel des maladies mentales*, p. 228.
(4) Falret. — *Ann. Méd. psych.* Séance du 29 juin 1896. N° 3, p 424-425.
(5) Séglas. — *Annales*, 1888, n° 2, p. 335.
(6) P. Garnier, cité par Magnan et Sérieux. — *Délire chronique*, p. 40.

d'ailleurs, comment la concilier avec cette loi générale formulée par M. Magnan [1] : « Un délire ne se développe pas au « hasard. Il faut, pour le faire naître, une certaine forme céré- « brale qui est presque toujours donnée par l'hérédité. »

Il résulte, tout au moins, de ce que nous venons de dire, que M. Magnan est à peu près le seul à soutenir l'intégrité parfaite de l'état mental qui précède le délire chronique. Même pour M. Garnier, il faut, pour devenir fou, des aptitudes spéciales et ces aptitudes, dans le délire systématisé progressif s'appellent, pour Tanzi et Riva, la constitution paranoïenne.

On nous pardonnera cette incursion dans le domaine du délire systématisé primitif, si nous avons réussi à mettre en lumière les raisons qui nous font admettre cette constitution paranoïenne. Sa connaissance nous sera d'un grand secours pour expliquer la pathogénie des délires systématisés secondaires, en général, des délires post-mélancoliques en particulier.

En effet, cet état constitutionnel spécial qui résulte de tares héréditaires diverses, pourquoi les psychonévroses seraient-elles incapables, sinon de le créer de toutes pièces, au moins de le parfaire ? Pourquoi les causes ordinaires des psychonévroses ne viendraient-elles pas se joindre à l'hérédité pour développer un état constitutionnel, tout au moins analogue à celui-là et qui nous donnerait la raison du développement de délires systématisés capables de ressembler aux délires systématisés primitifs ?

La constitution paranoïenne est le résultat, dit Tonnini, de l'hérédité accumulée. Au sujet qui la présente, correspond le dernier terme d'un processus morbide qui aboutit à la paranoïa, en passant par la psychonévrose des ascendants. Cette psychonévrose, qui se perd dans l'ascendance du paranoïen primitif, précède immédiatement le délire secondaire parceque, au lieu de la préparer pour les descendants, elle réalise, sur le sujet qu'elle frappe, la constitution paranoïenne.

(1) Magnan. — *Les délires systématisés dans les psychoses.* — *Arch. Neurol.* 1894, p. 277.

Ainsi s'expliquerait l'apparition, secondairement à une psychonévrose mélancolique, de délires qui se systématisent et évoluent. Le processus serait le même dans la paranoïa primitive et dans la paranoïa secondaire. Dans celle-ci, seulement, il nous serait donné d'assister aux phénomènes psychiques qui précèdent et développent l'état psychopathique favorable à l'organisation d'un délire.

Nous ne pouvons accepter toutes les conséquences de la théorie de Tonnini. Cette conception, véritablement ingénieuse et séduisante, est trop séduisante même pour être l'expression d'une vérité clinique tout entière. Elle a conduit Tonnini à des conclusions exagérées. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater que sa manière de comprendre la paranoïa secondaire est la négation de cette forme morbide. Telle qu'elle est décrite par l'aliéniste italien, elle se rapproche de la paranoïa primitive jusqu'à se confondre avec elle, et les divergences cliniques qu'il invoque ne suffisent pas à l'en différencier.

Mais, nous voulons retenir ce fait, qu'une psychonévrose est capable de préparer le terrain à une systématisation délirante qui pourra réunir des caractères propres aux délires de la paranoïa. Il a pour nous une importance de premier ordre. Car, en vertu de quoi refuser à la mélancolie, à supposer, ce qui n'est point la règle, qu'elle survienne chez un sujet indemne de toute tare psychique, le droit de réaliser les conditions nécessaires à l'évolution d'un délire systématisé, si l'on admet, avec M. Magnan, qu'une cause banale comme la ménopause, les soucis, les chagrins sont susceptibles de les amener ?

Quoiqu'il en soit, l'observation est là qui nous montre, à la suite d'une mélancolie, des délires systématisés à tous les degrés et aux différentes phases de leur évolution. Pourquoi telle mélancolie, plutôt que telle autre, prépare-t-elle un délire systématisé secondaire ? Pourquoi à deux accès de mélancolie, identiques apparemment, peut-on voir succéder des délires différents par leur nature, leur fixité et leur évolution ? Et ces délires eux-mêmes, en dehors de leur origine, présentent-ils

des caractères qui permettent de les distinguer des délires primitifs ? Autant de questions auxquelles il serait intéressant de faire une réponse.

Evidemment, une psychonévrose mélancolique qui se termine par un délire systématisé n'est point une psychonévrose pure. Elle survient habituellement chez un sujet dont les antécédents héréditaires sont chargés ou qui présente des tares acquises résultant des excès, des émotions ou de toute autre cause dépressive (1). Ce n'est point un dégénéré proprement dit porteur de tares physiques ou psychiques évidentes. La dégénérescence est, pour ainsi dire, à l'état latent. Le malade, que guette une psychonévrose de cette gravité, fait bonne figure dans la société, y occupe une place parfois enviée. L'affectivité est, chez lui, très développée. Il n'est pas égoïste et méfiant comme le futur paranoïen. Il est bon et généreux, plus sensible par cela même aux causes émotionnelles de la mélancolie. Après l'explosion de l'accès psychonévrotique, de la foule des manifestations de la folie généralisée, émergent bientôt des conceptions délirantes de mauvais augure. Cela ne veut pas dire qu'elles fourniront les éléments du délire secondaire. Elles dénoncent seulement les tendances d'un individu à chercher autour de lui la raison de ce qu'il éprouve, à modifier sa personnalité.

Il ne faudrait point exagérer l'importance de ce fait qu'une psychonévrose, qui se terminera par une paranoïa secondaire, est rarement une psychonévrose pure et y puiser un argument en faveur de la théorie qui fait, de tous les délires non paranoïens, des manifestations de la dégénérescence. Il est vrai que la signification de ce terme *dégénérescence* est singulièrement élastique. Si dégénéré veut dire : porteur d'une tare vésanique héréditaire ou d'une tare psychique personnelle, il est évident que presque tous les délirants systématisés post-mélancoliques sont des dégénérés. Mais M. Magnan déclare qu'un délirant n'est pas forcément un dégénéré, parce qu'on

(1) Del Greco.— *Communication personnelle*. (Voir Historique).

trouve chez lui une tare héréditaire ou un signe isolé de dégénérescence (1).

Un sujet, qui présente un délire des dégénérés, a laissé voir, dès sa jeunesse, des défectuosités psychiques. Les conceptions délirantes sont précoces, polymorphes, apparaissent brusquement et disparaissent de même. Elles dénoncent la faiblesse du niveau mental du sujet (2).

Les exemples de délires systématisés que nous avons donnés, ne se superposent pas à cette description. La psychonévrose est apparue en pleine santé de sujets non dégénérés, malgré l'existence de quelques tares héréditaires. Le délire s'est installé secondairement, a évolué quelques fois, sans jamais cesser d'être bien systématisé. Ce ne sont point là les caractères des délires polymorphes des dégénérés.

Nous sommes convaincu cependant que la dégénérescence ne reste pas étrangère à l'histoire de ces délires pas plus qu'à celle de la paranoïa primitive.

Nous admettons, nous aussi, que, pour s'installer, les délires systématisés secondaires choisissent des sujets de constitution spéciale pourvus d'aptitudes particulières.

Mais, nous pensons que cette constitution et ces aptitudes ont ici une origine spéciale et des caractères spéciaux. Elles sont bien aussi fonction de la dégénérescence, mais de deux sortes de dégénérescences : la dégénérescence héréditaire et la dégénérescence acquise. Celle-ci l'emporte sur celle-là, contrairement à ce qui se passe dans la paranoïa primitive. Par dégénérescence acquise nous entendons, avec Del Greco (3), celle qui résulte d'excès, de causes émotionnelles et dépressives. Quelles autres causes sont plus dépressives, plus susceptibles d'altérer une individualité psychique que les psychonévroses mélancoliques ? Dégénérescence héréditaire d'une part, dégénérescence acquise d'autre part, tels sont les deux grands facteurs dont l'association produit une psychonévrose, d'abord,

(1) Magnan et Sérieux. — *Délire chronique*, p. 39.
(2) Magnan et Sérieux. — *Délire chronique*, p. 139.
(3) Del Greco. — Communication personnelle de 1898 consignée à l'historique.

et, secondairement, un délire systématisé. Celui-ci est, en somme, le résultat du trouble mental apporté par une psychonévrose dans une mentalité plus ou moins dégénérée.

Il règne, entre les facultés, les sentiments et les instincts d'un sujet normal ou à peine dégénéré, une harmonie nécessaire à leurs bons rapports. Cette harmonie est la conséquence heureuse d'un développement intellectuel qui maintient l'équilibre entre les diverses facultés, entretient les sentiments affectifs, donne à la volonté une autorité suffisante sur les instincts pour les maîtriser au besoin. Qu'une cause quelconque vienne rompre cet équilibre nécessaire, détruire cette bonne harmonie, affaiblir la volonté, aussitôt les instincts prendront le dessus. « Chaque individu, disent Tanzi et Riva [1], cache « des instincts de sauvage qui tendent à se projeter dans le « champ de la conscience, dès que les activités supérieures se « taisent pour une raison quelconque. » Le sommeil, l'ivresse, la colère, les fièvres sont capables d'affaiblir ces activités supérieures. Les psychoses, en général, et les psychonévroses, en particulier, peuvent les supprimer. On voit alors s'exagérer l'instinct de conservation, se développer l'orgueil de l'individu. La dégénérescence s'affirme.

Nous complétons cette manière de voir des auteurs italiens en disant que la psychonévrose n'atteint pas seulement les activités supérieures ; elle touche à tous les rouages de l'organisation physique et déprime l'individu. Aussi son empreinte se reconnaît-elle aux caractères plus ou moins dépressifs des conceptions délirantes.

Pénétrons plus avant dans l'intimité du phénomène. Comment s'effectue ce passage de la psychonévrose au délire systématisé secondaire ?

Le plus souvent, les tendances à la systématisation délirante se manifestent au cours de la psychonévrose ; elles ne font que s'exagérer lorsque les symptômes généraux ont disparu. D'autres fois, le passage d'une idée délirante triste à une

(1) Tanzi et Riva. — *La Paranoïa.* — *Riv. Sperim.*, 1886, t. XII, p. 110.

idée de persécution, par exemple, s'opère insensiblement. Un malade qui s'accuse, se prend peu à peu à accuser les autres. D'autres fois encore, mais plus rarement, il passe, sans transition, d'une idée triste à une idée ambitieuse. Ces transformations qui s'effectuent ont-elles pour cause une transformation concomittante des troubles sensoriels ? Non, sans doute. Et elles résultent de la manière différente dont le sujet les perçoit et les explique. Il s'est opéré dans son moi une évolution, quelquefois une révolution, qui lui fait apprécier autrement des sensations qui sont les mêmes.

Et, cette révolution n'a pas besoin, pour se produire, que les facultés intellectuelles s'affaiblissent. Nos délirants systématisés post-mélancoliques ne sont pas des déments. Leur mémoire est conservée, l'attention aussi, et ils sont capables de soutenir une conversation raisonnée sur des sujets autres que celui de leur délire. Le premier symptôme de la démence est l'affaiblissement de la mémoire, et, l'affaiblissement de la faculté de critique et d'association, la disparition des sentiments affectifs, fréquents, il est vrai, chez les délirants systématisés secondaires, ne sauraient être pris pour signes de démence.

Telle n'est pas l'opinion de la plupart des auteurs qui se sont occupés des délires systématisés secondaires.

Krafft-Ebing ([1]) déclare que ces états vésaniques s'accompagnent toujours d'affaiblissement mental.

Schüle ([2]) les associe à une déchéance intellectuelle.

Krœpelin ([3]) leur donne le nom significatif de démence paranoïde, accepté par Riva ([3]).

Tonnini ([4]) accorde une grande importance à l'affaiblissement intellectuel dans la paranoïa secondaire.

J. de Mattos ([5]) croit que ces états psychopathiques sont un acheminement de la psychonévrose vers la démence.

(1) Krafft-Ebing. — *Path. mentale*, p. 425.
(2) Schüle, p. 109.
(3) Krœpelin, p. 61.
— Riva. — *Comm. person.* (Lettre de janv. 1899).
(4) Tonnini. — *La paranoïa secondaria*, p. 66. — *Riv. Sper.*, 1887.
(5) J. de Mattos, p. 137.

Il n'y a là peut-être qu'un malentendu. Quelques délires secondaires s'installent à la faveur d'un affaiblissement des facultés. On les rencontre surtout parmi les délires post-maniaques. D'autres, arrivent assez rapidement à la démence, en raison même de leur origine psychonévrotique. Nous pensons que beaucoup peuvent exister longtemps et évoluer sans symptômes de démence.

Et cette évolution elle-même se fait apparemment comme dans la paranoïa. Par le raisonnement, disent Foville, Legrand du Saulle, Magnan, un persécuté délirant primitif ou secondaire, de déduction en déduction, arrive aux idées de grandeur. Peut-être, est-ce plus simplement par l'apparition successive d'idées délirantes de persécution et d'idées de grandeur que le malade associe ensuite ?

C'est un fait de pathologie générale qu'il serait intéressant de discuter. Nous n'y insisterons pas parce qu'il ne se rapporte que de loin à la pathologie spéciale des délires systématisés secondaires.

Quoiqu'il en soit, il nous semble qu'à la lumière de ces données, la pathogénie des délires systématisés secondaires peut s'éclairer. Sur une constitution paranoïenne, germent et évoluent les délires systématisés qu'on est convenu d'appeler primitifs. La dégénérescence acquise, les psychonévroses, seules ou associées à des tendances paranoïennes originelles mais latentes, réalisent une constitution le plus souvent hybride, paranoïenne et psychonévrotique à la fois. Sur cet état constitutionnel secondaire, s'organisent des délires plus ou moins mélancoliques, jamais complètement paranoïens.

Cette manière de comprendre les états psychopathiques qui servent de substratum aux délires systématisés secondaires, nous éloigne aussi bien de la théorie de M. Magnan que de celle de Tonnini. Le premier les considère comme étant exclusivement des manifestations de la dégénérescence héréditaire; le second, comme la conséquence d'un état dégénératif, complété il est vrai par une psychonévrose, mais analogue à celui de la paranoïa primitive.

Nous avons ainsi jeté les bases de l'étiologie des délires systématisés post-mélancoliques en général ; ajoutons qu'ils s'observent avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme, à l'âge adulte, un peu avant la période à laquelle se montrent de préférence, les délires systématisés progressifs.

Il est vraisemblable que les intoxications, y compris les auto-intoxications, ont joué, dans quelques cas, vis-à-vis la dégénérescence héréditaire et acquise, le rôle de cause adjuvante. Ces influences diverses se manifestent dans les délires systématisés secondaires aux psychonévroses alcooliques et neurasthéniques. Le processus est le même et ces formes mentales feront l'objet d'une description à part.

La symptomatologie des délires systématisés post-mélancoliques représente les manifestations des deux ordres de dégénérescence, que nous avons admis dans leur étiologie. S'il est vrai qu'ils sont la conséquence de tares vésaniques héréditaires auxquelles viennent se joindre des tares acquises, il faut s'attendre à rencontrer les traces des unes et des autres dans la proportion de leur importance respective. Et, de fait, nous voyons certains délirants secondaires systématiser brièvement un délire qui disparaît bientôt comme la psychonévrose dont il a gardé les caractères et à laquelle il ne pouvait longtemps survivre. Dans ces formes, le rôle de la dégénérescence pure est inappréciable.

D'autres de ces délirants, se comportent comme des paranoïens atteints de délire systématisé progressif. Ils en ont les attitudes et quelques-unes des réactions. Ils évoluent de la même manière ; jamais, nous l'avons dit, ils ne leur ressemblent entièrement. Mais lorsqu'ils tendent vers cette analogie, c'est que la tare dégénérative originelle l'emporte sur la dégénérescence acquise. Entre ces deux formes extrêmes on peut observer tous les intermédiaires. Les éléments psychonévrotiques et les éléments paranoïens se mêlent et s'enchevêtrent, s'influencent, le plus souvent, de façon à donner à la maladie un cachet spécial. Les idées de suicide alternent avec les idées de grandeur, les idées de persécution avec les idées d'indignité.

Quelquefois, comme dans une de nos observations, un délire paranoïen semble évoluer parallèlement à un délire mélancolique, comme si les deux sortes de dégénérescence, qui sont en jeu, avaient pris soin d'agir isolément.

Il va sans dire que les troubles sensoriels sont ici au premier rang. Troubles de la sensibilité générale et spéciale, de la cénesthésie. Les manifestations en sont nombreuses et variées. Pour les énumérer, il faudrait passer en revue tous les troubles sensoriels qui s'observent dans la psychonévrose et dans la paranoïa. Nous signalerons les plus importants en traitant du diagnostic et du pronostic des délires systématisés secondaires.

Le diagnostic et le pronostic devront s'inspirer des notions que nous venons d'acquérir sur les symptômes et la pathogénie des délires systématisés secondaires. Il sera toujours facile de reconnaître un délire dans lequel les éléments psychonévrotiques persistent seuls et d'en prévoir la terminaison presque toujours favorable. Les difficultés commencent dès que la dégénérescence constitutionnelle intervient pour modifier les effets de la dégénérescence acquise et qu'il faut faire la part de l'une et de l'autre. Il n'est pas inutile de rappeler les symptômes de chacune d'elles.

La dégénérescence constitutionnelle, dit del Greco (1), se caractérise par un orgueil exagéré, une lucidité apparente qui préside à l'interprétation délirante, une attention vive et l'excitation de l'instinct de conservation. Ce sont les caractères de la paranoïa primitive.

La dégénérescence acquise se caractérise, au contraire, par une dépression douloureuse, une torpeur générale des mouvements psychiques, un ralentissement de l'activité physique. Elle résulte d'excès, d'émotions, de revers, d'intoxications. Toujours, elle se traduit par le ralentissement des fonctions physiques et psychiques, par des troubles cénesthétiques et sensitivo-sensoriels, des idées tristes. Leur synthèse

(1) Del Greco.— *Comm. per.* (Voir historique).

clinique est une psychonévrose mélancolique. En cherchant les traces de cette psychonévrose dans un délire, nous entendons chercher celles de la dégénérescence dont elle est le résultat.

Ainsi, les bases d'un diagnostic sont nettement posées. Si l'on se trouve en présence d'un sujet orgueilleux qui systématise un délire sur des troubles sensoriels, à la faveur d'une lucidité parfaite et d'une attention vive ; si ce sujet présente, en outre, de l'excitation de l'instinct de la conservation, à l'exclusion de tout symptôme psychonévrotique, nul doute à avoir : il s'agit d'un délire paranoïen pur.

Et, lorsque, à cette symptomatologie, plus ou moins complète, viennent s'ajouter des éléments hétérogènes qui en modifient l'aspect ; lorsqu'un persécuté reste humble et déprimé quelle que soit la nature de son délire, lorsqu'un mégalomane ne peut s'affranchir de préoccupations tristes, il faut penser à la dégénérescence acquise et mesurer l'importance de l'élément psychonévrotique.

Car, de l'importance respective de chacune de ces deux dégénérescences, découle le pronostic. Très grave, s'il s'agit d'un délire à caractères paranoïens purs ; incertain si le délire participe également des caractères de la paranoïa et de la psychonévrose ; favorable dès que celle-ci paraît l'emporter sur celle-là.

Qu'on ne dise pas que c'est là de la psychologie pure, de la théorie qui ne trouve pas son application dans la pratique.

Le délire paranoïen pur secondairement à une mélancolie, s'il s'observe, est sans doute très rare, mais les délires mixtes sont d'observation courante. Le persécuté auto-accusateur a idées de suicide, le persécuté qui accuse ses ennemis pour les supplier, celui qui accuse et devient ambitieux, sans jamais cesser d'être hypochondriaque et déprimé, sont des variétés de délirants post-mélancoliques, chez lesquels, l'élément psychonévrotique se reconnaît et se peut mesurer.

« Un persécuté mélancolique, dit M. Falret ( ), comme

(1) Falret, — 29 juin 1896. — *Annales 1896*, nº 3, p. 430.

« tous les mélancoliques, présente un fonds de tristesse et de « souffrance physique et morale qui sert de base à toutes ses « conceptions délirantes, tandis que les persécutés ordinaires « sont, au contraire, actifs et expansifs, et, tout en étant « préoccupés d'idées pénibles, sont tellement orgueilleux et « sûrs de triompher de leurs ennemis et de s'en venger, qu'ils « ne présentent pas le fonds de tristesse des mélancoliques. » Et, un peu plus loin, M. Falret ajoute : « Ce qui distingue les « mélancoliques à idées de persécution, à la fois des mélanco- « liques anxieux et des persécutés vrais, c'est qu'ils réunissent « en eux les caractères contraires de ces deux variétés, tantôt « avec prédominance du type mélancolique, tantôt avec celle du persécuté ». Nous dirions, nous : prédominance de l'élément psychonévrotique ou de l'élément paranoïen.

Chez les persécutés auto-accusateurs, la balance semble pencher en faveur de la psychonévrose. C'est parce qu'elle prédomine que ces malades systématisent imparfaitement leur délire, qu'il reste presque toujours à l'état vague. [1] Les hallucinations qui s'y observent sont plutôt, d'après M. Séglas, des hallucinations psychiques ou psychomotrices. Si l'élément paranoïen dominait, ces hallucinations seraient plus franchement sensorielles.

Les hallucinations de la vue, fréquentes dans les délires psychonévrotiques, deviennent rares à mesure que l'élément paranoïen s'accuse aux dépens de l'autre. Nous pourrions ainsi passer en revue les symptômes des psychonévroses et de la paranoïa, imaginer toutes les combinaisons possibles des uns avec les autres. Ces données nous paraissent suffisantes pour asseoir un diagnostic. Lorsqu'on se trouve en présence d'un délire systématisé mélancolique, il faut d'abord s'assurer s'il est sous la dépendance directe d'un accès de mélancolie ou selon les cas, déterminer l'appoint paranoïen.

De ce diagnostic découle le pronostic. On peut affirmer sans crainte que les délires dits paranoïens qui n'évoluent pas

1 Falret.—29 juin 1896 — *Annales 1896*, n° 3, p. 430.

et qui se terminent par la guérison sont ou des délires polymorphes de dégénérés ou, plus souvent peut-être, des délires dans lesquels, l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément paranoïen.

Dès que celui-ci apparaît le pronostic s'aggrave. Il devient particulièrement sombre dès qu'il prend le pas sur l'élément psychonévrotique.

A chaque cas particulier, il convient d'appliquer les règles générales que nous avons établies. Dans leur connaissance réside la solution du problème diagnostique et pronostique des délirés systématisés post-mélancoliques.

Groupe C.

Délires systématisés post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif

Ils correspondent à ce que Esquirol a décrit sous le nom de démonomanie, Morel sous le nom de délire hypohondriaque. Ils comprennent surtout cette forme mentale, étudiée en France par Cotard, Falret et Séglas, sous le nom dedélire des négations et aussi celle décrite récemment par Vallon et Marie, après Séglas [1], sous le nom de délire mélancolique.

Répétons encore une fois qu'il n'y a point un délire mélancolique en tant qu'entité clinique comparable à la maladie de Lasègue [2], mais bien des délires mélancoliques susceptibles de s'organiser sur un état secondaire à la mélancolie. Le délire de possession démoniaque, le délire hypochondriaque, le délire de négation de Cotard, en sont les formes principales.

Ces délires ont des caractères cliniques communs. Ils naissent, en général, sur une mentalité spéciale qui relève d'influences héréditaires. Dans le chapitre précédent nous avons dit de l'hérédité qu'elle dévéloppe chez certains individus le caractère orgueilleux et l'instinct de la conservation, aux dé-

(1) Séglas.— *Caractères généraux du délire mélancolique.— Progrès Médical* 1889, p. 46.

(2) Vallon et Marie. — *Dél. mél. — Archiv. neurol.* 1898, n° 30, p. 479.

pens des activités supérieures ; elle met à jour leurs tendances ataviques, que masque seul le développement de quelques facultés. Mais, dans ces tendances ataviques, n'y a-t-il que de l'orgueil et des instincts combatifs ? Est-ce qu'on n'y rencontre pas aussi un fonds de crédulité, de mysticisme, de superstition, de faiblesse morale, qui ne fait jamais totalement défaut même chez un individu normal. Mais, dans celui-ci, il fait contre-poids aux tendances opposées pour le plus grand bénéfice de l'équilibre général. Que l'hérédité intervienne pour exagérer cette disposition naturelle, celle-ci aussitôt prendra un caractère maladif et le sujet se croira damné, ensorcelé, possédé du démon, etc.

« Lorsqu'on se renseigne, dit Cotard, sur les antécé-
« dents, le caractère des négateurs, on apprend souvent
« qu'ils ont toujours été un peu mélancoliques, taciturnes,
« scrupuleux, dévoués, charitables. Leur état maladif, leur
« délire d'humilité ne contrastent pas d'une manière absolue
« avec leur manière d'être antérieure et n'en sont que l'exagé-
« ration maladive [1] ». Et M. Séglas ajoute : « Ce caractère
« les sépare nettement de la plupart des héréditaires parmi
« lesquels ils forment une catégorie spéciale. Ils se distin-
« guent, en effet, par un développement exagéré, s'il est
« permis de le dire, de ces mêmes qualités morales dont
« l'avortement, chez les autres héréditaires, explique l'orgueil,
« le profond égoïsme (2). »

Mais l'hérédité peut manquer, rarement il est vrai, et, en tout cas, elle serait incapable de créer de toutes pièces des délires comme ceux que nous étudions. Ici encore la psychonévrose joue son rôle et nulle part peut-être, il n'est plus important.

Les délires mélancoliques succèdent habituellement à un ou plusieurs accès de psychonévrose. Ce fait est incontestable et d'ailleurs incontesté. Mais, ici encore, il ne s'agit

(1) Cotard, cité par Séglas, p. 116.
(2) Séglas.— *Dél. nég.*, p. 117.

point de psychonévroses pures. Celles qui précèdent les délires mélancoliques sont remarquables par l'intensité des troubles de la sensibilité générale et spéciale. Les divers modes de la sensibilité sont troublés à des degrés divers dans les psychonévroses en général. Dans celles-ci en particulier, la sensibilité peut disparaître. De toutes les sensibilités, celle qui est la plus atteinte est, sans contredit, la sensibilité cénesthétique.

Le terme cénesthésie exprime le sentiment général que nous avons de l'existence de notre corps. (1) « C'est, dit Henle, « (2) la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de « tous les points du corps, sont sans cesse transmises au « sensorium. » C'est encore, pour Maine de Biran, le sentiment de l'existence sensitive ; pour Cabanis, une sorte de conscience organique ou du mouvement des fonctions, apportée au cerveau par les nerfs cérébro-spinaux ou du système ganglionnaire (3). On comprend que le sentiment de la personnalité résulte de la notion des mouvements de nos organes et des rapports de notre corps avec le monde extérieur. Le système nerveux périphérique est le véhicule naturel qu'empruntent les sensations externes et internes pour se rendre au cerveau.

Divers obstacles peuvent être apportés au fonctionnement régulier de ce rouage nécessaire. Les sensations peuvent être faussées par une cause quelconque et transmises ainsi au cerveau qui se contente de les enregistrer sans les rectifier. Ou bien les voies de conduction peuvent être en mauvais état et mal remplir leurs fonctions ; ou bien, encore, les centres eux-mêmes de perception n'enregistrent pas ou enregistrent en les dénaturant des sensations normales.

Quoiqu'il en soit « entre le cerveau et le reste de l'organisme, si la communication est interrompue ou pervertie, disent Vallon et Marie, l'altération de la personnalité, ses dissocia-

(1) Séglas. — p. 74.

(2) Henle, cité par Séglas, *ibidem*, p. 74.

(3) Cabanis, cité par Séglas. — *Ibidem*. — Vallon et Marie, n° 29, p. 356.

tions ou sa négation doivent fatalement en résulter. » [1] Il est incontestable que les causes génératrices de la psychonévrose primitive contribuent à mettre le désordre dans cette communication et peut-être à l'interrompre.

Parmi les causes ordinaires de la mélancolie quelques-unes acquièrent ici une prépondérance manifeste. Lésions viscérales de toutes sortes, intoxications et auto-intoxications travaillent ensemble ou séparément à troubler le jeu des fonctions cénesthétiques et sensitivo-sensorielles. Il est difficile de saisir le mécanisme de leur action, plus difficile encore de s'assurer qu'en reconnaissant cette action nous ne prenons pas un effet pour une cause. Toujours est-il que les fonctions cénesthétiques et sensitivo-sensorielles sont troublées et ce trouble se manifeste par des signes extérieurs. Ces signes se trouvent à peu près réunis chez un malade dont voici l'observation :

M. J., 40 ans, marié, pêcheur de sable, entré à l'asile de Braqueville le 18 mai 1895.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort subitement à 65 ans, grand-mère maternelle, morte à 88 ans; le grand-père maternel a succombé par suite d'une maladie de poitrine ; la grand'mère maternelle par suite d'un cancer. Une tante maternelle est aliénée, une autre imbécile. Enfin la mère a été internée en 1880 à l'asile de Toulouse pour y être traitée d'un accès de folie intermittente.

Antécédents personnels. — M... nous raconte qu'il a négligé la culture de ses facultés intellectuelles et morales; de bonne heure il s'est livré à la masturbation ; s'est laissé aller, à plusieurs reprises, à des rapprochements contre nature avec des poules, des chevaux, des moutons, etc. La perversion sexuelle paraît avoir toujours été très accusée. De son propre aveu, il a été de tout temps mal équilibré, facilement excitable et d'humeur changeante. Il a voulu d'abord embrasser la carrière militaire; puis a exercé tour à tour la profession de boulanger, couvreur, scieur de long, pêcheur de sable, incapable de diriger sa volonté vers un but à atteindre. Outre les excès vénériens, nous relevons quelques excès alcooliques, surtout de 25 à 30 ans ; un abus invétéré du tabac. Marié en 1880, il n'a pas eu d'enfants et paraît avoir mené, depuis ce moment, une vie plus régulière, travaillant beaucoup, suffisamment sobre puisqu'il ne prenait

(1) Vallon et Marie.—1898, n° 29, p. 356.—*Arch. Neurol.*

plus que 2 litres de vin dans sa journée et rarement des eaux-de-vie ou boissons apéritives. Jamais de maladie grave.

Il y a six mois environ, il a constaté des modifications dans son état général, a commencé par éprouver des sensations bizarres qu'il interprète à sa manière : tiraillements dans l'estomac, secousses dans la tête ; bruit de grelots dans les oreilles ; « par moments sa tête se prenait » et il se frictionnait vivement soit avec de l'eau froide, soit avec de l'eau-de-vie et même du pétrole. Bientôt, vont apparaître les illusions et les hallucinations de la sensibilité générale et spéciale. Une frayeur vive, éprouvée au cimetière à l'occasion des obsèques d'un de ses camarades, semble marquer le passage de l'illusion à l'hallucination. Cet incident remonte au mois de décembre 1894 ; il correspond apparemment au début de la maladie mentale proprement dite. Les symptômes observés à cette époque étaient avec une moindre intensité ceux que nous constatons au moment de l'admission.

Etat au moment de l'admission. — M. J., paraît très tourmenté. Il hésite à s'approcher de nous, regarde autour de lui comme s'il craignait quelque danger. Une fois rassuré sur les motifs de notre entrevue, il prend peu à peu une physionomie calme et nous raconte volontiers toutes ses impressions sur un ton presque naturel, visiblement soulagé à mesure qu'il nous fait sa confession. Confession est bien le mot, car le malade semble toujours s'accuser et prend des attitudes repenties. Le délire est très actif comme les hallucinations qui l'entretiennent. Mais, de toutes les conceptions délirantes, celle qui prédomine manifestement est l'idée de négation. Interrogé sur la cause de ses souffrances, M. nous répond invariablement qu'il n'a pas de tête; qu'il a mouché son cerveau ; que ses yeux ne sont plus fixés dans leur orbite, qu'il ne distingue plus les objets et les couleurs, qu'il voit tout en « blanc ». Il n'a pas de sang non plus, son cœur est arrêté ; nous montre ses bras pour nous convaincre que les veines ne paraissent plus. Tout récemment, il s'est piqué le bras avec une grosse épingle pour s'assurer de la réalité du fait. Et, lorsqu'on lui montre l'absurdité de son dire, M. J. persiste dans son idée et nous donne l'explication de cet arrêt de fonctionnement. A 14 ans il a eu du mal vénérien et, d'après sa description, il s'agit sans doute de quelques chancres mous ; ce mal vénérien mal soigné a désorganisé son corps, pourri son cerveau qui s'est ensuite écoulé par le nez. Son estomac ne fonctionne pas, il n'a plus de « boyaux », ceux qui lui restent sont collés, toujours pour la même raison. Il ne va plus du corps régulièrement comme autrefois et quand il va à la selle, c'est pour éliminer de la pourriture. La maladie vénérienne n'est pas l'unique cause de son état : il a eu l'an dernier un coup de sang au poignet, rentré ensuite dans le corps, a consulté un médecin dont les prescriptions lui ont fait beaucoup de mal.

A côté de ces idées de négation nettement prédominantes, il existe des idées de persécution, d'empoisonnement, de culpabilité imaginaire. M. J.

a cessé de manger depuis quelques jours parce qu'il craignait d'être empoisonné par sa femme; il trouvait que tout le monde lui voulait du mal ; se croyait indigne de vivre et incapable de supporter de pareilles souffrances. Pour s'y soustraire, il a tenté à plusieurs reprises de se détruire; une tentative de suicide par immersion a motivé son internement. Si le délire est très actif, les hallucinations qui l'alimentent ne le sont pas moins. Le malade entend des voix qui lui annoncent sa mort prochaine, qui lui reprochent sa conduite passée, lui disent qu'il est damné, qu'on va venir le tuer. Les hallucinations de la vue sont fréquentes. M.., voit souvent des flammes et au milieu d'elles,apparaît parfois à la fenêtre, une tête horrible et grimaçante. Il se croit sans cesse au milieu de caisses de mort, de fosses creusées pour le recevoir; se sent suffoqué comme s'il était enfermé dans un cercueil. Il existe en outre des hallucinations de l'odorat, du goût, de la sensibilité générale, de la sensibilité interne : sent des odeurs de « fiel », trouve à tous les aliments un goût de chaux, de soufre ; éprouve une sensation de froid très vif par tout le corps, ressent des secousses électriques dans les yeux, dans les membres, etc. Les hallucinations psycho-motrices sont bien nettes : M... nous raconte qu'il entend une voix partie de l'hypochondre droit, remontant par l'œsophage et remuant sa langue malgré lui. C'est le chemin ordinaire de toutes ses idées, bonnes ou mauvaises ; il essaie de retenir celles-ci au passage, mais n'y parvient pas. On lui fait dire sans cesse le contraire de ce qu'il voudrait dire. A l'instant où nous l'interrogeons, il vient de cracher : on lui fait dire qu'il a bien fait et que c'est pour nous mépriser, alors qu'il est plein de respect pour nous.

En nous communiquant ses impressions, M... a été très calme ; au moment de nous quitter, il retombe de nouveau dans l'anxiété, nous supplie, en nous appelant « Mon Dieu », de lui épargner les tortures qui se préparent pour lui, etc. Séance tenante, nous rédigeons le certificat suivant adressé, le jour même, à l'autorité administrative.

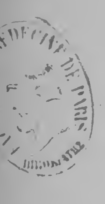
« Lypémanie anxieuse caractérisée par des troubles graves de la « sensibilité générale et spéciale, des conceptions délirantes de persé- « cution, d'empoisonnement, de négation. Ces dernières offrent un intérêt « tout particulier au point de vue du pronostic qu'elles aggravent par « leur tendance à la systématisation. Le malade croit n'avoir pas de tête, « pas d'estomac, pas de sang; une maladie vénérienne contractée à qua- « torze ans, d'ailleurs insignifiante, est pour lui la cause de la pourriture « d'abord, et de la destruction ensuite de ses organes les plus essentiels... « Les idées de suicide sont très actives et nécessitent une surveillance « spéciale. »

Les jours suivants, M... présente des alternatives d'anxiété et de calme relatif. Les idées de négation et de culpabilité imaginaires reviennent sans cesse. Le malade se reproche amèrement d'avoir accusé sa femme de l'em-

poisonner, alors qu'elle l'a entouré des soins les plus dévoués. C'est vrai, continue-t-il, j'ai commis telle ou telle faute, mais ce n'était pas dans l'intention de nuire à quelqu'un. Les troubles de la sensibilité sont toujours très accusés. M... se croit plongé dans de l'eau très froide ; parfois, il se sent emporté en ballon ou sur un navire qui marche à une grande vitesse.

Le certificat de quinzaine adressé, le 2 juin, à l'autorité administrative porte la mention suivante :

« Mélancolie anxieuse, caractérisée par des conceptions délirantes de « nature triste avec prédominance des idées de négation et de culpabilité « imaginaire, des hallucinations de la sensibilité interne. Ce malade croit « n'avoir pas d'intestins, pas d'estomac, pas de sang, pas de cerveau. De « nombreuses idées lui arrivent en foule, venant de l'hypochondre droit, « remontant par l'œsophage et sortant par la bouche où il essaie vainement « de les arrêter. Les idées de suicide sont encore très actives, mais l'ali- « mentation est plus facile. »



Juin 1895. — L'anxiété n'a pas diminué, les intervalles de calme sont de plus en plus rares. L'alimentation est parfois difficile. M... se demande s'il a droit à la nourriture, interroge son voisin de table pour savoir s'il ne prend pas la portion d'un autre ; il repasse tous les faits de son existence, les analyse, se reproche les plus petites fautes, continue à s'accuser d'avoir, par sa mauvaise conduite, provoqué la destruction de ses organes. Il veut mourir pour débarrasser le monde : ne fait aucune tentative de suicide, mais s'attend, tous les matins, à être guillotiné.

Apparition de quelques idées de transformation de la personnalité : il n'est plus le même, palpe avec ses doigts ses divers organes, croit avoir une oreille « de cochon ».

L'état général est peu satisfaisant. Malgré la surveillance de l'alimentation et l'intervention médicale au besoin, malgré l'institution d'un traitement tonique, le malade s'épuise visiblement par le fait de l'insomnie, du travail cérébral exagéré et du mauvais fonctionnement des organes. Bronchite chronique, gastrite, artério-sclérose.

Juillet 1895. — Alimentation difficile. Les idées de grandeur mélancolique ont fait leur apparition. M... nous déclare qu'il doit souffrir éternellement dans la glace, qu'il ne peut pas mourir.

Dès lors, l'état mental reste stationnaire ; le délire de négation est organisé et a fait son évolution. L'activité cérébrale se ralentit sans que des signes de démence apparaissent. La mémoire est parfaitement conservée. M. ne va plus au-devant de nos questions ; mais, si on l'interroge, on constate qu'il n'a renoncé à aucune de ses interprétations délirantes.

1896. — M... parle peu, refuse périodiquement de manger pour les mêmes motifs. Il veut qu'on le purge, qu'on lui ouvre le ventre et la tête pour s'assurer que l'un et l'autre sont vides. Déchéance physique notable.

Vomissements fréquents, faiblesse des membres. Le membre inférieur gauche est le siège d'une parésie.

La sensibilité est très émoussée, abolition complète des réflexes rotuliens; les extrémités sont refroidies, cyanosées, œdématiées.

1897. — Déchéance physique progressive. Le malade ne réagit plus, ne s'intéresse pas aux personnes de sa famille ; ne parle que pour renouveler ses interprétations délirantes. Le marasme survient et M... succombe en répétant qu'il ne peut pas mourir. La mémoire est demeurée intacte. Nous parlerons ailleurs des lésions anatomiques constatées dans les éléments nerveux.

Les sensibilités sont émoussées ou perverties chez ce malade. Elles sont exagérées chez d'autres. On connaît ces mélancoliques panophobes qui, au moindre contact, accusent des sensations douloureuses. Outre de l'analgésie, notre malade accuse des sensations douloureuses subjectives (paralgésies) (1), de la faiblesse musculaire allant jusqu'à la monoparésie d'un membre. Il serait intéressant d'étudier, chez ces malades, les réactions électriques de dégénérescence. On sait déjà que la résistance électrique des mélancoliques est accrue. Ces modes de la sensibilité sont les plus faciles à apprécier et encore faut-il compter avec l'inertie du malade qui rend l'investigation pénible et incomplète dans ses résultats.

Notre malade accuse une sensation de vide dans la tête, de plénitude dans les entrailles, d'arrêt des fonctions digestives. Il n'éprouve jamais la sensation de faim.

Faut-il appeler cela des troubles de la sensibilité viscérale ? L'interprétation serait logique, mais point facile à contrôler. En sa faveur, plaiderait cependant l'existence de troubles gastriques graves, antérieurement à la maladie mentale. Il est vraisemblable que le malade interprète à sa façon des sensations réelles. Nous avons raconté, ailleurs, l'histoire d'une malade qui avait, tous les ans, une crise de gastralgie avec des douleurs épigastriques intolérables, vomissements, etc. En pleine crise, la malade affirmait qu'elle avait dans son ventre des gendarmes armés de pied en cap. C'était aussi une inter-

(1) Séglas, p. 52.

prétation délirante de sensations réelles. Une mélancolique que nous observons en ce moment explique une céphalgie douloureuse par la présence, entre son cerveau et son crâne, de capucins qui marchent et se disputent. Nous pourrions multiplier ces exemples.

Cotard pense que, si un négateur se plaint de ne plus avoir de cerveau, c'est que les sensations internes correspondant à ce viscère sont supprimées (1). Schüle (2) estime que les idées hypochondriaques semblent n'être que l'interprétation délirante de sensations maladives. La même opinion a été émise par Romberger, Jolly, Krafft-Ebing, Alt., etc.

Alors même qu'une explication délirante ne se justifie point par quelque symptôme apparent, il faut se garder d'en conclure que les fonctions auxquelles elle se rapporte sont normales. Il serait intéressant aussi d'étudier le chimisme gastrique. Des recherches, dans ce sens, ont été faites par Pio Galante (3) et les résultats obtenus nous encouragent à les poursuivre.

« L'existence constante du trouble du chimisme gastrique « et de l'hypokinésie gastrique, ainsi que d'autres troubles « qui peuvent les acccompagner (accès de gastralgie, sensation « de plénitude, de pesanteur, de tension, de vide, de tiraille- « ment de l'estomac), font penser qu'ils ne sont pas étrangers « à l'origine de beaucoup de délires hypochondriaques. Dans « ces cas, en effet, les nerfs apportent continuellement aux « centres des sensations anormales, et le malade, qui a cons- « tamment son attention fixée sur ses viscères, renforce la « valeur de ces sensations anormales. Ces sensations ren- « forcées en viennent à exciter pathologiquement et les centres « où elles se rendent et les centres voisins ; cette excitation « propagée peut être l'origine d'idées délirantes (4). »

(1) Vallon et Marie, p. 358.

(2) Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales.* Trad. Dagonet et Duhamel, p. 27.

(3) Pio Galante. — *Il chimisco gastrico nella malinconia.* — *Annali di neurologia,* an. XVI, fasc. I, p. 28, janvier 1898 (20 p. tableau). — *An. in Rev. neur.* 1898, n° 15. p. 545.

(4) Pio Galante. *Ibidem.*

En outre des troubles de la sensibilité générale, on observe des altérations de la sensibilité spéciale. La diminution de la sensibilité tactile qui a été signalée, n'a pas une très grande valeur. Il n'en est pas de même de la perte de la vision mentale observée par Cotard, de l'audition mentale signalée par Toulouse : « L'interprétation exacte de ces phénomènes, « dit M. Séglas, n'est pas facile (1). »

Notre malade a présenté des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Il est à remarquer que les hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe ont toujours prédominé et que, selon toute apparence, l'alcoolisme du sujet ne leur est pas étranger. En tout cas, il résulte de la comparaison des faits publiés, que les hallucinations sont loin d'être, chez les négateurs,un symptôme constant ou essentiel (2). « On con- « fond souvent, dit M. Séglas, les hallucinations avec des « illusions des mêmes sens et avec les simples interprétations « délirantes. Une forme d'hallucination, fréquente dans les « délires mélancoliques, est l'hallucination verbale psycho- « motrice (3). » Elle joue un grand rôle dans les délires de possession démoniaque et les malades racontent que le démon les fait parler ou parle par leur bouche. Cette forme d'hallucination est notée dans notre observation de délire de négation. Pendant que nous l'interrogions, le malade se sentait, disait-il, poussé à nous mépriser, alors qu'il a pour nous le plus grand respect. Il n'était pas plus maître de son corps que de sa pensée, et parfois, il se sentait emporté sur un navire marchant à toute vitesse. C'est une forme vague d'hallucination motrice.

Parallèlement à l'altération des diverses sensibilités, les délirants systématisés mélancoliques, comme les mélancoliques, présentent des troubles de la motilité. « Le système musculaire perd sa contractilité dans la mélancolie chronique,

(1) Séglas, p. 39.
(2) Séglas, p. 40.
(3) Séglas.— *Troubles du langage chez les aliénés.*

dit Kéraval ([1]). On y trouve des parésies et des paralysies musculaires, des contractures, des spasmes qui paraissent sous la dépendance de lésions organiques centrales. » Nous avons déjà rappelé que notre malade présentait une parésie du membre inférieur gauche.

On y observe aussi des troubles trophiques divers résultant d'une circulation vicieuse des extrémités, des éruptions, des gangrènes, du pemphigus, la main mélancolique de Ball. Manheimer a signalé, chez un mélancolique, un œdème intermittent des mains avec des caractères assez particuliers. L'auteur compare cette acrodermatose à ces tumeurs pâteuses du tissu cellulaire qui apparaissent par accès et qu'on a signalées dans la syringomyélie ([2]).

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces symptômes si intéressants pourtant. Retenons seulement ce fait qu'ils acquièrent dans la mélancolie une importance considérable et qu'ils sont le pivot sur lequel tourne le délire systématisé.

Nous avons en vue, en faisant cette description, le délire des négations, type parfait de délire mélancolique. Dans les autres formes, les troubles de la sensibilité se retrouvent, mais n'atteignent point ce degré. En revanche, l'explication délirante est plus ingénieuse, le délire mieux organisé. Il semble que le cerveau prenne une part plus active à l'élaboration des conceptions délirantes. Il en est ainsi dans les délires de damnation, de possession démoniaque, lorsqu'ils s'observent isolément. Il est plus fréquent de voir ces variétés de délire s'associer et se compléter et concourir ensemble à la transformation de la personnalité.

Après avoir constaté qu'un délirant mélancolique présente des troubles graves de la sensibilité et de la motilité, le moment n'est pas encore venu de les interpréter. Il importe,

(1) Kéraval.— *Etat physique des aliénés. Motilité ; fonctions végétatives.— Echo médical du Nord*, n° 59, 2e année, n° 9, p. 102, fév. 1898.— *An. in. Rev. neur.* 1898, n° 10, p. 338.

(2) Manheimer.— *Un cas d'œdème des mains chez un mélancolique — Tribune médicale*, n° 35, 26 août 1896. *An. in. Rev. neur.* n° 2, 1897, p. 55.

auparavant, de rechercher si ces troubles correspondent à des altérations réelles des éléments qui composent le système nerveux sensitif. A la vérité, il est surprenant qu'on ne se soit pas préoccupé plus tôt de l'état des nerfs périphériques, de la moelle, du bulbe, du cerveau, du système sympathique. On nous pardonnera de consigner ici les résultats, encore bien incomplets, des recherches que nous avons entreprises dans cette voie. Tels qu'ils sont, ils méritent d'attirer l'attention des observateurs.

Nous avons pu examiner le système nerveux provenant de quatre malades (un homme et trois femmes), qui avaient présenté des symptômes physiques et psychiques analogues. L'un d'eux est le sujet de l'observation de délire de négation que nous avons consignée dans ce chapitre. Les trois autres se rapprochent plus ou moins de ce type.

Dans les quatre cas, nous avons noté des lésions des nerfs périphériques, de la moelle. Nous sommes presque en droit d'affirmer que ces lésions sont constantes dans les formes graves du délire de négation.

Dans deux cas, nous avons constaté, en outre, des lésions du bulbe. Le cerveau ne s'est jamais montré normal, et, dans deux cas aussi, les lésions étaient très accusées. Les ganglions du sympathique, étudiés dans un cas et comparés à des ganglions provenant d'autres sujets, semblent altérés. Nous signalons ce fait sans y insister, car il ne peut à lui seul nous autoriser à affirmer l'existence de lésions du sympathique.

Nous avons décrit quelques-unes de ces lésions en détail ailleurs [1]. Il nous suffira de les rappeler ici.

1° Les nerfs périphériques.— Dans les fibres nerveuses périphériques dissociées, on voit la myéline répartie irrégulièrement, agglomérée en certains points; un segment annulaire en est parfois totalement dépourvu. Le protoplasma a

(1) Anglade.— *Névrites périphériques des aliénés.* — Congrès de Montpellier 1898.

proliféré, les noyaux se sont multipliés. Dans un cas, les lésions sont poussées à un degré extrême. Les cylindraxes ont eux-mêmes disparu. Le malade qui était porteur de ces lésions accusait alternativement des sensations de chaleur intense ou de froid très vif dans ses extrémités. Il en arriva à nier leur existence.

Dans les gros troncs nerveux, la lésion est toujours intense, quelquefois plus intense qu'à la périphérie. C'est un fait curieux et difficile à interpréter. Quoiqu'il en soit, on y observe de la névrite parenchymateuse et de la névrite interstitielle. Autour des vaisseaux, dans tous les cas, nous avons noté une prolifération intense de cellules rondes qui se répandent dans les lacunes du tissu interstitiel, s'infiltrent entre les tubes nerveux et à la place de ceux qui sont détruits.

2° *La moelle*.— Elle est le siège de lésions très importantes. Depuis la publication de notre mémoire sur les lésions spinales chez les aliénés (1), nous avons acquis la conviction que ces lésions atteignent leur maximum chez les délirants mélancoliques. Chez eux, la lésion des cellules radiculaires est très importante. Il nous a semblé qu'elle avait une tendance à prédominer d'un côté. Rarement il s'agit de chromatolyse simple et presque toujours, à la région lombaire principalement, quelques éléments sont atrophiés.

En ce qui concerne les lésions fasciculaires, elles se localisent de préférence dans les cordons postérieurs. Et de ces cordons postérieurs, les fibres endogènes sont respectées. Les fibres exogènes seules dégénèrent. Les fibres radiculaires de la région lombaire dégénèrent les premières; en sorte que le premier degré de la lésion se caractérise par une démyélinisation, au centre de cordons postérieurs dans la région lombaire; à la partie postérieure du faisceau de Goll, dans la région cervicale. Dans un cas, la lésion destructive intéres-

(1) Anglade.— *Lésions spinales chez les aliénés*.— Congrès de Toulouse 1897.

sait presque toutes les fibres exogènes, à la région lombaire et dorsale ; celles du cordon de Goll en entier, à la région cervicale [1].

Dans le bulbe on peut constater des altérations des cellules des noyaux et suivre la lésion du faisceau de Goll. Il serait intéressant d'accompagner plus loin les conducteurs de la sensibilité. Le trajet des fibres sensitives est encore mal connu.

3° *Le cerveau.* — Les éléments nerveux qui constituent l'écorce grise ont subi des modifications profondes. Nous avons sous les yeux, pour en faire la description, des coupes pratiquées dans le lobule paracentral d'une aliénée décédée récemment après avoir présenté un délire systématisé de négation. Les troubles sensitifs étaient au complet ; on observait, en outre, de la raideur catatonique des membres inférieurs, des troubles trophiques, l'abolition des réflexes.

Les grandes cellules pyramidales ont perdu leur configuration et leur structure normales. Les prolongements sont rarement au complet. Ceux de la base ont souvent disparu et le corps cellulaire a pris une forme irrégulièrement globuleuse. Le prolongement protoplasmique principal se voit à peu près toujours ; mais il est extrêmement irrégulier dans son calibre et sa direction. Quelquefois, il semble avoir augmenté de volume aux dépens du corps de la cellule, et le tout forme une sorte de massue dans laquelle il est difficile de reconnaître où finit le corps cellulaire et où commence le prolongement protoplasmique. D'autres fois, la cellule étant arrondie et comme boursouflée, le prolongement principal s'implante par un pédicule rétréci, puis se dilate brusquement ; son trajet est très accidenté.

Dans l'intérieur de la cellule, les désordres sont considérables. Il n'y a plus de grains chromatiques disposés concentriquement. Ils sont fondus toujours ; quelquefois la subs-

(1) Les membres présents au Congrès pourront se rendre compte de ces lésions par un simple coup d'œil jeté sur nos préparations.

tance chromatrophile fait défaut entièrement. La trame achromatique est détruite. L'enveloppe de la cellule présente une échancrure latérale par laquelle s'est évacué tout ou partie de son contenu. Au centre, on voit des corpuscules de forme ovalaire fortement colorés occupant la place du noyau dont on ne distingue plus les éléments : espace clair et nucléole. Ces corpuscules baignent dans la substance homogène qui résulte de la fonte des granulations, quand cette substance persiste. Sinon, ces corpuscules sont isolés au centre de la cellule qui semble entièrement vacuolisée.

D'autres cellules que les pyramidales sont sans doute modifiées ; on est tenté de l'affirmer quand on les voit si irrégulières dans leurs contours, avec de grandes vacuoles à l'intérieur. Ces lésions seraient peut-être même les plus intéressantes à préciser ; mais il s'agit d'éléments dont la structure normale est mal connue ; nous ne pouvons apprécier exactement leurs modifications pathologiques.

Telles sont les lésions microscopiques que la méthode de Nissl révèle dans le cerveau. Avec le Golgi, on peut les vérifier et constater, en outre, une surabondance de névroglie dans la couche moléculaire. Les lésions vasculaires n'offrent rien de spécial.

Il ne saurait nous convenir d'insister longuement ici sur des faits qui résultent de recherches personnelles. Nous ne pouvions nous dispenser de les signaler brièvement. Bien que notoirement incomplets, ils affirment l'existence de lésions anatomiques dans quelques formes de mélancolie chronique avec délire systématisé secondaire. Et cette affirmation a une importance que nul ne peut contester.

Nous en sommes encore réduits, comme au temps de Locke et de Condillac ([1]), à expliquer la folie en général par des doctrines exclusivement psychologiques. Si un aliéné accuse une sensation pénible, nous disons que son cerveau la fabrique de toutes pièces ; s'il se plaint d'être brûlé, d'être

(1) Cité par Ball et Ritti. — *Dictionn. Encyclop. Sc. méd.* p. 331.

gelé, de n'avoir plus d'estomac, plus de cerveau, nous disons qu'il présente des illusions ou des hallucinations des divers modes de la sensibilité.

Si, pourtant, il présente des altérations des nerfs et si ces névrites expliquent parfaitement les sensations pénibles de chaleur intense et de froid excessif, que le malade éprouve, on ne peut pas dire que tout se passe dans son cerveau. La sensation pénible existe et a sa raison d'être ; son interprétation seule est délirante. Nous entendons bien qu'un sujet, atteint de névrite périphérique, dont le cerveau est intact, n'accusera jamais ses semblables de le brûler ou de le refroidir, et que dans cette explication réside précisément la folie. Il n'en est pas moins vrai que, s'il était démontré que la sensation pénible préexiste à la folie, on serait en droit de la retenir comme une cause importante de cette folie.

Car tel est le problème. Un délirant mélancolique éprouve-t-il d'abord des sensations pénibles qu'il interprète ensuite, ou bien n'éprouve-t-il ces sensations que parce que son cerveau est malade ? Anatomiquement cela revient à dire : Le neurone central est-il atteint le premier et la lésion du neurone périphérique n'est-elle que le retentissement de la lésion centrale ? La solution est des plus délicates. N'avons-nous pas dit que les éléments de l'écorce grise sont frappés aussi bien que les nerfs périphériques, que la moelle ? Il faut reconnaître cependant que, dans quelques cas, l'intensité de la lésion centrale ne paraît pas en rapport avec celle des organes périphériques. Nous avons vu des nerfs périphériques à peu près complètement détruits, des cordons postérieurs entièrement dégénérés chez des sujets dont le cerveau présentait peu de lésions.

En admettant, d'ailleurs, que le cerveau fût atteint au même dégré que les autres parties du système nerveux, il resterait à démontrer que les lésions du centre et de la périphérie ne se sont pas produites simultanément sous l'influence d'une même cause. Sans cela nous serions encore autorisés à faire jouer aux lésions périphériques un rôle important dans la production du délire.

Nous avons eu à nous demander si, chez nos malades, les altérations du système nerveux ne pourraient pas être considérées comme dues à l'influence d'agents *toxiques*, intoxications ou auto-intoxications. A la vérité, ces lésions ressemblent à celles qui ont été signalées dans diverses intoxications expérimentales. Nous pourrions rappeler ici les recherches faites en Italie sur l'intoxication pellagreuse, sur l'intoxication par les poisons minéraux et organiques (1). Elles s'inscrivent en faveur de cette manière de voir. Dans la paralysie générale, on rencontre aussi des lésions analogues, nous l'avons dit dans un mémoire spécial (2). Il n'est pas sans intérêt de noter que les paralytiques généraux, qui présentent des lésions intenses des cordons postérieurs, sont précisément ceux chez lesquels on observe une prédominance du délire mélancolique, des idées de négation en particulier. Cette discussion risquerait de nous entraîner hors des limites de ce rapport.

La pathogénie des délires mélancoliques s'éclairerait singulièrement s'il était démontré que la mélancolie anxieuse qui les précède, est le résultat ou la cause d'intoxications ou d'auto-intoxications, dont l'influence nocive se traduirait par des altérations graves du système nerveux.

Le délire pourrait être légitimement considéré comme l'interprétation fausse de sensations morbides perçues par un cerveau prédisposé.

Une doctrine anatomique viendrait se placer à côté de la doctrine psychologique; elles se compléteraient mutuellement.

(1) Marinesco. — *Lettre d'Italie*. — *Sem. Méd.*, 21 novembre 1896.

(2) Anglade. — *Sur les lésions spinales dans la paralysie générale. Archives de neurologie, 1898, n° 30.*

CHAPITRE V

Délires systématisés secondaires à la folie à double forme

SOMMAIRE :

Ils s'installent à la suite d'une série plus ou moins longue d'accès mélancolico-maniaques.

Observation d'un jeune homme de 30 ans, d'abord mélancolique intermittent. Il manifeste, de bonne heure des tendances à systématiser des idées mélancoliques. Viennent ensuite des accès mélancolico-maniaques, auxquels succède un délire faiblement systématisé. Idées de négation, d'immortalité. Idées de persécution et de grandeur. Délire mixte.

Formes rares ou qui échappent à l'observation. Toutes les folies intermittentes prédisposent aux délires systématisés secondaires.

Syndrôme de Cotard dans la folie circulaire.

Observation de Joâo Barrera. Délire de négation systématisé secondaire à une folie circulaire qui date de plusieurs années.

Le délire des grandeurs peut succéder à la manie au même titre que le délire de négation à la mélancolie. — Il est logique de rencontrer des délires mixtes à la suite d'une folie à double forme.

« La folie à double forme, dit Régis [1], est une vésanie caractérisée par la succession régulière d'accès mélancolico-maniaques. — » Nous avons dit ailleurs que la phase maniaque peut être représentée par un délire systématisé de persécution. M. Magnan a observé le fait. « En ce cas les délires systématisés sont courts et limités à un petit nombre d'idées [2].» — On observe aussi des cas dans lesquels un délire continu s'installe à la suite d'une série plus ou moins longue d'accès mélancolico-maniaques. Ce délire a de particulier qu'il s'organise avec des éléments diamétralement opposés, qui s'associent comme se succédaient les deux psychonévroses auxquelles ils sont empruntés partiellement ou en totalité.

(1) Régis. — *Traité des maladies mentales*, p. 200.

(2) Magnan. — *Arch. de Neurol.*, 1894. p. 279.

Voci un fait :

C..., 35 ans, avocat, entré pour la première fois à l'Asile en août 1892.

Antécédents héréditaires. — Un oncle paternel s'est suicidé.

Antécédents personnels. — D'une intelligence au-dessus de la moyenne, C... a reçu une instruction soignée et obtenu des succès scolaires. Etant étudiant, il a commis des excès, de boisson surtout. Dans les états d'ivresse où il se mettait souvent, ses camarades l'ont vu, à plusieurs reprises, hanté par des idées tristes, des idées de suicide avec commencement d'exécution.

Les premiers symptômes de la maladie actuelle remontent à quelques mois. Dépression, insomnie, cauchemars. Accès de folie anxieuse. Internement.

A son entrée à l'Asile, C... est dans un état d'anxiété très vive, en proie à des conceptions délirantes de nature triste. Il entend des voix qui lui reprochent son passé, relève lui-même dans son existence des fautes imaginaires, se les reproche amèrement, assiste, par le fait d'hallucinations terrifiantes de la vue, à des scènes pénibles, voit des flammes, des animaux prêts à le dévorer, des ombres, etc... Odeurs très mauvaises qu'il répand lui-même ; empoisonne son entourage, se déclare un être méprisable et veut à tout prix mourir. Trouble mental profond. C... prend un interne pour son beau-frère ; reconnaît autour de lui plusieurs membres de sa famille.

Octobre 1892. - L'accès de mélancolie se termine et le malade quitte l'établissement.

Mai 1893. — Nouvel accès. Réintégration. L'anxiété est très vive. C... s'accuse toujours, prétend, de plus, avoir la tête vide, être complètement pourri, ramolli, phthisique. Idées de suicide très actives.

Juillet — Une accalmie se produit. L'accès se termine, comme le précédent, par un retour rapide à la conscience à peu près complète.

Septembre. — Nouvel accès de mélancolie avec dépression profonde, idées de culpabilité, de négation, propension au suicide. Croit avoir des bacilles tuberculeux dans sa bouche et les répandre partout, au grand préjudice de ses voisins. Son cerveau est complètement ramolli, il ne peut plus faire de mouvement, ses bras sont paralysés, ses jambes aussi, sa langue bredouille, ses organes ne fonctionnent pas.

Octobre. — Brusquement, le malade passe de la dépression profonde à l'excitation vive. Il proteste énergiquement contre sa séquestration qu'il juge arbitraire. S'exprime avec une grande facilité, parle avec verve. La repartie est vive. En somme l'activité intellectuelle est notablement augmentée et dépasse la normale. Pas d'incohérence proprement dite. C... écrit des poésies qui ne manquent pas d'inspiration, devine les rébus les plus compliqués, etc.

Janvier 1894. — Nouvel accès de mélancolie avec dépression profonde qui dure jusqu'au mois de mars. Excitation jusqu'au mois de juin. Dépression ; puis excitation au mois de septembre.

Ici, nous abrégeons l'observation qui se borne à constater, tous les deux ou trois mois, le passage de l'excitation à la dépression et inversement. Chaque fois cependant, celle-ci est moins profonde et C... fait un nouvel effort pour édifier un délire.

Juillet 1895. — Délire très curieux. C... nous raconte qu'il est en train de se stratifier et de se statufier. De se stratifier parce que, en certaines parties du corps tout au moins, il se change en marbre. Sa tête est déjà transformée. Il a l'œil marmoréen, sa pupille est creuse comme celle des bustes. Sa tête et sa poitrine seront en marbre, mais ses membres sont en métal ainsi que ses intestins. Ses hanches sont d'or ; ses cuisses, d'argent ; ses jambes, de fer. Dans les malléoles, il a deux ressorts à boudin et le pied est en bois. La marche résulte, explique C..., de l'inégale dilatation des métaux qui entrent dans la composition de ses membres inférieurs. De même pour la défécation. Il va à la selle quand il fait chaud, parce que son anus d'argent se dilate. Celui-ci se resserre au contraire quand il fait plus froid.

En tant que statue, il doit vivre éternellement ou du moins autant que les corps dont il est composé. Il existe d'ailleurs depuis de longues années, a été retrouvé dans des fouilles. C'est depuis lors que sa barbe est rousse et terreuse.

C... espère que sa statue sera dressée sur le forum de sa ville natale comme celle de Jules César dont il descend. César en conquérant les Gaules est passé dans son pays, a eu des rapports avec les femmes d'alors. De ces rapprochements sont nés les aïeux dont il descend.

C... étale ses idées délirantes sur un ton tantôt triste, tantôt gai. Il se plaint parfois de ne plus voir les choses dans leur individualité, d'être obligé d'associer des idées absurdes, etc.

Depuis l'apparition de ce délire, les accès d'excitation et de dépression ne se séparent plus nettement. Gai le matin, C... est triste le soir. Aux idées de négation, aux idées mégalomaniaques viennent s'ajouter des idées de persécution qui s'enchevêtrent les unes dans les autres et se succèdent sans laisser un moment de répit au malade. Les hallucinations de l'ouïe sont très actives et les troubles de la sensibilité générale persistent.

1896. — On ne distingue plus l'état d'excitation de la dépression. Les idées délirantes passent rapidement dans son cerveau. Idées de négation; de transformation de la personnalité ; idées de grandeur ; d'immortalité.

1897. — Trouble mental profond. — Tenue mauvaise. — Association bizarre d'idées délirantes contradictoires. Parfois, C... tente une explication délirante. On constate alors qu'il a conservé presque toute son activité intellectuelle. Son esprit reste très documenté ; l'expression conserve sa tournure vive et élégante. Derniers efforts d'une intelligence qui s'éteint progressivement.

1898. - Même état mental. Plus d'accès d'excitation ou de dépression. C.. parle seul, invective ses ennemis, expose quelque théorie bizarre, entretient les mêmes idées délirantes de persécution, de négation, de transformation de la personnalité. Déchéance intellectuelle.

Les faits de délire systématisé secondaire à une folie à double forme ne sont pas très fréquents. Ou bien, ce qui est plus vraisemblable, ils n'ont pas attiré l'attention des observateurs. Nous avons vu cependant que le délire systématisé affectionne particulièrement les états secondaires aux vésanies intermittentes, et la folie à double forme est essentiellement de celles-là. Cotard a eu soin de dire, d'ailleurs, que « le délire « des négations se rattache au groupe des vésanies d'accès ou « intermittentes et à la folie circulaire. » Mais, même pour ce délire spécial, les faits cliniques qui justifient cette affirmation de Cotard n'abondent pas.

Nous avons eu à signaler, cependant, une observation de Joâo Barreira que M. Séglas résume ainsi : « Une femme « atteinte de folie circulaire avait eu plusieurs accès composés « d'une période maniaque, puis d'une autre mélancolique, « d'intensité moyenne et de forme ordinaire sans intervalle « lucide appréciable. »

« Au bout de quelques années, la période mélancolique « d'un accès, au lieu d'être suivie de la période maniaque, « vint à se prolonger, revêtant une forme dépressive très « accentuée avec lacunes de la mémoire, confusion intellec- « tuelle qui firent penser à une démence commençante. Six ans « plus tard, on constata chez elle des idées de négation systé- « matisée, des idées d'énormité reposant sur un fonds d'anxiété « mélancolique, des tentatives de suicide et d'auto-mutilations. « Deux ans après, l'anxiété, les idées d'énormité, sont moins « accusées, mais le délire des négations persiste toujours « très étendu et invariable.» (1).

« Cette observation, dit Séglas, nous montre que le syn-

(1) João Barreira.— *O delirio de négaçoes*, Porto, 1892.— Cité par Séglas *Dél. nég.*, p. 136.

drôme de Cotard peut se développer avec ses caractères particuliers dans la folie circulaire, et c'est le seul cas où il revête le même aspect que dans la mélancolie. » (1).

Puisqu'une phase mélancolique de la folie à double forme peut aboutir à un délire de négation — l'observation de Joâo Barreira le prouve surabondamment — il faut reconnaître aussi à la phase maniaque le droit de se terminer par un délire ambitieux comme une manie ordinaire. On s'explique ainsi que des éléments mélancoliques et maniaques puissent collaborer à l'organisation d'un délire mixte.

Le malade dont nous venons de rapporter l'observation a été un mélancolique intermittent avant de présenter des accès mélancolico-maniaques. Pour cette raison sans doute, les idées mélancoliques ont le pas sur les idées de grandeur dans le délire secondaire.

Ce délire, une fois installé, se systématise toujours imparfaitement, et cette systématisation, le plus souvent éphémère, sombre de bonne heure avec les facultés intellectuelles. En tout cas, la maladie primitive perd sa forme intermittente ou circulaire. Il n'en reste que des vestiges représentés par des poussées périodiques très discrètes d'excitation ou de dépression. La démence s'établit rapidement. Elle est déjà un fait accompli chez notre malade qui n'a plus conscience de sa situation, qui ne se souvient plus, fait vainement des efforts pour tenter encore quelques explications délirantes et ne parvient qu'à se montrer puéril et incohérent.

Il nous paraît inutile d'insister sur la pathogénie et le diagnostic de ces délires, après avoir constaté qu'ils peuvent revêtir l'aspect des délires post-maniaques et des délires mélancoliques et même réunir, chez un même malade, les caractères des uns et des autres.

Le pronostic est particulièrement grave, si nous en jugeons par la rapidité avec laquelle notre malade est devenu dément.

(1) Séglas. — *Le délire des négations*, p. 137.

CHAPITRE VI

Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications

SOMMAIRE :

Il est nécessaire de mesurer la part des névroses et des intoxications ; celle de l'élément paranoïen.

Epilepsie et délire systématisé peuvent coexister sans s'influencer. Le délire est l'exagération du caractère épileptique ou l'interprétation de la névrose elle-même.

Observation empruntée à M. Magnan : un épileptique qui explique sa névrose par la sorcellerie. — Le délire épileptique apparaît brusquement et ne se systématise pas. Quand il y a systématisation, on peut soupçonner l'intervention de l'élément paranoïen.

L'hystérie, avec ses sensations variées, peut parfaitement alimenter des délires secondaires. Délire de négation des hystériques (Cotard-Séglas).

Les délires neurasthéniques ressemblent aux délires hystériques. — Les intoxications et les auto-intoxications conduisent aux délires systématisés en passant par la confusion mentale. — Variétés de la paranoïa aiguë.

Délire systématisé secondaire dans l'alcoolisme. — Observation empruntée à M. Magnan. — Un alcoolique, après le second accès, se croit persécuté, accusé, empoisonné. — Ce n'est pas un alcoolique pur.

Délire systématisé secondaire à la confusion mentale. — Opinion de Delasiauve, de Chaslin. — Idées de persécution, de négation (Séglas).

Délires systématisés secondaires: à la fièvre typhoïde, au choléra, à la scarlatine, à la pellagre. — Aux maladies viscérales : affections gastriques, rénales, hépathiques ; aux diathèses.

C'est une grande classe de délires, rapprochés par leur étiologie, mais dont les caractères cliniques sont extrêmement variables.

Il faudrait, pour les bien étudier, refaire ici l'historique des névroses et des intoxications dans leurs rapports avec l'aliénation mentale en général. En effet, les névroses et les intoxications sont susceptibles de donner naissance à un trouble mental qui leur est propre, ou bien de développer une vésanie latente, souvent l'un et l'autre à la fois. Aussi, faut-il chercher, dans les désordres psychiques qui reconnaissent pour cause immédiate les névroses et les intoxications, les symp-

tômes de celles ci et ceux de la folie pure. Précaution nécessaire, surtout lorsqu'on étudie les délires systématisés. Les tendances à la systématisation délirante sont essentiellement d'ordre vésanique. Une névrose et une intoxication doivent être jugées incapables de les développer sans l'intervention des causes ordinaires de la folie. Etudions successivement les délires systématisés secondaires à l'épilepsie, à l'hystérie, à la neurasthémie, aux intoxications.

L'épilepsie modifie le caractère de l'individu, le rend ombrageux, défiant, hypochondriaque, taciturne. Presque tous les épileptiques présentent ces anomalies du caractère, à un degré plus ou moins élevé.

Elles s'exagèrent, chez quelques-uns d'entre eux, au point de constituer un véritable délire de persécution. « D'abord, on voit se produire quelques idées vagues de per- « sécution, dit Schüle, et, enfin, des idées de persécution « nettement arrêtées. Le malade se plaint d'être maltraité par « son entourage, d'être volé [1]. »

M. Magnan a consacré quelques leçons cliniques aux relations de l'épilepsie avec les délires. L'éminent clinicien insiste sur ce fait que le délire de persécution, par exemple, peut coexister avec l'épilepsie, sans avoir des relations avec elle et cite même une observation d'épileptique devenu délirant chronique dans ces conditions. Mais, M. Magnan admet néanmoins la possibilité pour un épileptique de présenter un délire de persécution intimement lié à son épilepsie et donne un fait à l'appui :

Armand G... hongreur, âgé de 25 ans, est épileptique depuis la première enfance. Il a toujours été d'une crédulité extrême et ajoutait parfaitement foi aux histoires de sorciers. Méfiant et ombrageux par nature, il cherchait la cause de ses attaques, et, se croyant poursuivi par des ennemis imaginaires, il ne tarda pas à accuser un de ses patrons de lui avoir provoqué cette maladie.

On lui a, dit-il, jeté un sort pour lui donner des attaques et l'empêcher de trouver de l'ouvrage. Dès qu'il est chez un nouveau maître, on lui fait

(1) Schüle.— p. 252.

venir tout aussitôt un étourdissement, et il ne tarde pas à être renvoyé Ce n'est pas, du reste, la première fois qu'il voit ainsi jeter des sorts. Il a lu dans un livre la manière de procéder, et il connaît un autre individu exerçant la même profession que lui qui a également été influencé par un mauvais esprit; et lui, depuis qu'on la rendu épileptique, ne peut réussir aucune des opérations qu'il pratique sur les animaux. (1)

Dans ce cas, l'épilepsie a été évidemment la cause des interprétations délirantes, mais la cause immédiate seulement. En fait, il s'agit là d'un dégénéré, prédisposé à une vésanie, qui a trouvé, dans sa névrose et dans les sensations pénibles qu'elle provoque, matière à une explication délirante. Il en est ainsi sans doute pour tous les délires épileptiques qui offrent quelque fixité. Le vrai délire épileptique apparaît brusquement à titre d'accès, est alimenté par les troubles sensoriels propres à la névrose. Il disparaît spontanément sans laisser le souvenir de ce qui s'est passé.

Rien de tel ne s'observe dans les délires systématisés post-épileptiques. Ils sont fixes comme les délires paranoïens et leur pronostic est grave. « Ces formes de folie, dit « M. Magnan, sont d'un diagnostic très difficile et pourtant « nécessaire à déterminer, surtout lorsqu'il y a eu crime ou « délit; au point de vue médico-légal, il n'est pas indifférent « d'établir si l'acte incriminé se rattache à l'épilepsie ou à « telle autre forme délirante que présenterait un même « malade (2). »

L'hystérie, dit Krafft-Ebing, prédispose à la paranoïa, parce que, chez ces malades très susceptibles, l'idée qu'ils restent inaperçus, humiliés, se produit facilement. Nous ne pouvons accepter ce terme de paranoïa qui a pour nous une signification limitée. Il nous paraît plus légitime de dire: *délire systématisé secondaire à l'hystérie*, pour désigner des formes mentales développées sur une base hystérique.

(1) Magnan.—*Leçons cliniques sur les centres nerveux*, p. 76 et 77.
(2) Magnan, p. 77.— *Arch. de neurol.*, n° 1, 1880, p. 49.
De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.

Ces délires systématisés utilisent les sensations hystériques qui leur fournissent une alimentation riche et variée : boule, clou, myodynies, névralgies, paralysies, viscéralgies, irritation spinale, sont autant de sujets d'interprétations délirantes dans le sens d'une persécution. Les hystériques persécutés attribuent leurs sensations à des influences physiques, électro-magnétiques. Les troubles de la sensibilité cutanée viscérale leur font croire qu'ils planent dans les airs ou que leurs organes ont disparu. Il s'agit alors de véritables idées de négation.

Cotard avait déjà fait remarquer que les idées de négation peuvent se développer sur un fonds hystérique. Séglas pense que ces idées de négation ne sont pas sous la dépendance de l'hystérie. Il se base sur ce fait que les hystériques purs « n'ont guère conscience de leurs troubles de la sensibilité, en particulier anesthésiques. [1] »

Nous pensons, en nous souvenant des principes de pathologie générale qui nous ont guidés jusqu'ici, que l'hystérie a besoin de s'associer à une prédisposition vésanique, pour réaliser un délire de persécution, un délire érotique ou un délire de négation.

Dans ces délires, la part de l'hystérie s'établit en recherchant les stigmates de la névrose. Lorsque la sphère sensuelle y participe plus activement, lorsque les hallucinations visuelles (visions d'animaux, de cadavres), les hallucinations désagréables de l'odorat s'y observent, on peut affirmer la participation de l'élément hystérique.

« A mesure que le délire secondaire s'organise, les phéno-
« mènes somatiques graves de l'hystérie, dit Krafft-Ebing,
« spécialement les convulsions, disparaissent ordinairement.
« La marche de ces délires est rémittente, quelquefois fran-
« chement intermittente. Au cours de son évolution et selon
« leur nature mystique ou érotique, on observe des états exta-

(1) Séglas. *Dél. nég.*, p. 220.

« tiques, cataleptiques, qui coïncident presque régulièrement « avec les processus de la menstruation. » (1)

Le pronostic emprunte une gravité particulière aux deux éléments qui s'associent, pour favoriser l'éclosion des délires. Il est défavorable.

La neurasthénie, comme l'hystérie, offre dans sa symptomatologie des troubles sensoriels nombreux qui, chez un sujet prédisposé, peuvent devenir le point de départ d'un délire systématisé plus ou moins parfait.

« La sensation de constriction crânienne, le trouble des « opérations de la pensée seront pris par le délirant neuras- « thénique, dit Krafft-Ebing, pour les effets d'une machination « artificielle d'ennemis qui veulent l'asphyxier, lui faire perdre « la raison et aussi l'amener à l'asile d'aliénés (2) ».

Les troubles gastriques sont expliqués par des tentatives d'empoisonnement, la rachialgie par des actions physico-chimiques. Dans les délires neurasthéniques, comme dans les hystériques, les anomalies des fonctions sexuelles fournissent au délire un aliment puissant. Ce fait les rapproche et affirme la parenté des deux formes.

Le délire neurasthénique pur n'existe sans doute pas. Son organisation dépend de l'importance de l'élément paranoïen qui fait rarement défaut. Si celui-ci domine, le délire systématisé sera plus parfait, sa marche sera plus régulière, moins sujette aux exacerbations, aux rémissions qui sont plus particulièrement sous la dépendance des poussées névrosiques.

Les intoxications, en général, y compris les auto-intoxications, sont des causes de folie. Nous avons le droit de l'admettre comme un fait acquis. Et, dans les troubles psychiques qui dépendent plus ou moins des intoxications, les délires systématisés occupent une place importante. Ils sont un effet éloigné et non pas immédiat de l'empoisonnement et succèdent, le plus souvent, à d'autres manifestations psychi-

(1) Krafft-Ebing, p. 596.
(2) Krafft-Ebing, p. 550.

ques. L'alcoolisme, par exemple, n'aboutit au délire de persécution qu'après avoir passé par une période de délire aigu, par la confusion mentale. Mais, en pleine crise aiguë, les tendances du sujet à la systématisation d'un délire s'annoncent déjà. Elles prennent leur essor aussitôt que les symptômes généraux ont disparu.

Cette tendance de certains sujets, atteints de folie aiguë d'origine toxique, à systématiser un délire, a frappé les observateurs de tous les pays. Westphal y voit les symptômes d'une *verrücktheit aiguë*, Fritsch d'une *verwirrtheit*, Krafft-Ebing d'une *hallucinatorische wahsinn*, Krœpelin d'une *hallucinatorische verwirrtheit*, Meynert d'une *amentia*, expressions bien compliquées pour désigner une tendance au cours d'une maladie.

Cependant, ce besoin de donner à cette tendance un nom nouveau, plus ou moins dérivé de celui de paranoïa ou de *verrücktheit*, montre bien qu'il y a plus que les symptômes ordinaires d'une intoxication. Il y a plus, en effet, et cette tendance résulte d'une prédisposition héréditaire paranoïenne, à peine ébauchée.

L'agent toxique se comporte, en présence de cette prédisposition, à peu près comme les psychonévroses. Le résultat est le même puisqu'il est, dans les deux cas, la préparation du terrain favorable à un délire systématisé secondaire.

En sorte que, dans ces délires systématisés secondaires, il faut nous attendre à trouver les manifestations de la dégénérescence paranoïenne cotoyées par les symptômes propres à chaque intoxication qui donnent au délirant une physionomie spéciale.

« L'alcoolique simple, dit M. Magnan, se laisse facilement persuader, après quelques jours d'abstinence, du caractère pathologique de ses sensations. Chez les alcooliques prédisposés de par l'hérédité psychopathique, le délire persiste après les accidents aigus. Sur l'accès de délire alcoolique viennent se greffer des troubles sensoriels très intenses, des idées plus ou moins systématisées de persécution qui peuvent subsister durant des mois entiers. »

« Un malade de M. Magnan, employé de cercle, qui avait contracté, depuis longtemps déjà des habitudes d'intempérance, interné pour un accès de délire alcoolique franc, présenta au début des idées délirantes multiples, mobiles comme les hallucinations qui les provoquaient : c'étaient des batailles, des victimes sanglantes, des incendies, des tumultes. Quelques jours après, il est plus calme, ne gardant de son délire qu'un souvenir confus, quand il est pris d'hallucinations de l'ouïe très actives : il croit qu'on l'accuse d'avoir assassiné une femme, qu'on l'endort avec toutes espèces de médicaments qui le rendent idiot. Convaincu que tout le monde le regarde comme un assassin, il n'ose parler à personne. « On va le brûler vif, on veut l'empoisonner » ; il ne se rend aucun compte ni de l'endroit où il est, ni des gens qui l'entourent, qu'il croit reconnaître pour d'anciennes connaissances. Pour échapper aux tourments qui l'attendent, il fait plusieurs tentatives de suicide. » ([1]).

Il est manifeste que ce malade a été d'abord un alcoolique puis un persécuté, et l'alcoolisme n'a fait que développer ses tendances naturelles aux fausses interprétations et lui fournir des sensations à interpréter.

Le délire de persécution est la forme commune du délire systématisé secondaire à l'alcoolisme. « La croyance délirante à l'infidélité de la femme, dit Schüle, est presque typique de cette intoxication. Elle peut être rapportée à des troubles de l'énergie virile, à des illusions du sens génital. » ([2]) Les auteurs allemands ([2]) ont beaucoup insisté sur le délire d'infidélité conjugale. Il représente, pour nous, une variété de délire de persécution alcoolique.

« Le délire de persécution alcoolique, dit encore Schüle, conserve rarement un caractère dépressif ; très souvent il se transforme par l'apparition d'idées ambitieuses. » ([3]).

(1) Magnan et Sérieux.—*Dél. chron.*, p. 115.
(2-2) Schüle, p. 290, 391.
(3) Krafft-Ebing, p. 612.

M. Falret a fait remarquer avec juste raison que l'histoire de ces délires de persécution alcooliques demande à être élucidée. « Ils sont souvent confondus, dit-il, même par les praticiens les plus exercés, avec la mélancolie anxieuse ou, avec le délire de persécution classique (1). » Nous dirons, un peu plus loin, où il faut chercher les éléments d'un diagnostic.

D'autres idées délirantes peuvent s'observer dans l'alcoolisme chronique. Etant donné l'intensité des troubles de la sensibilité, y compris la sensibilité cénesthétique, il faut s'attendre à rencontrer parfois des idées de négation : Elles ont été effectivement signalées, dit M. Séglas. Dans les formes chroniques de l'alcoolisme « elles figurent au nombre des conceptions hypochondriaques très fréquentes de ces malades. » (2).

Dans tous ces délires, avons-nous dit, il y a une part de vésanie et une part de phénomènes toxiques. Si le persécuté alcoolique interprète des sensations d'origine toxique, il devra être considéré comme un alcoolique pur ; comme alcoolique et persécuté vésanique, si des tendances franchement paranoïennes se manifestent. Enfin, délire alcoolique et délire de persécution peuvent coexister chez le même individu sans s'influencer.

Il y a un intérêt évident à faire la part de l'intoxication et de la vésanie, dans un délire survenu chez un alcoolique. Ici, comme ailleurs, plus encore peut-être, le pronostic en dépend. Presque toutes les grandes intoxications, en intervenant dans des conditions identiques, sont susceptibles de préparer les voies à un délire systématisé.

La confusion mentale, de Delasiauve et Chaslin, reconnaît pour causes, outre les excès alcooliques, les maladies fébriles, des infections quelconques, la lactation, les opérations chirurgicales, etc., et aussi sans doute les auto-intoxications. C'est une sorte de psychose aiguë infectieuse, analogue mais

(1) Falret.—*Annales* 1896, n° 1, Séance du 1er juin 1896, p. 95.
(2) Falret.— *Annales 1896*, n° 1, Séance du 1er juin 1896, p. 95. et Séglas.— *Dél. nég.* p. 218.

non absolument identique à la *verrücktheit aiguë* de Westphal, à l'*hallucinatorische verwirtheit* de Krœpelin, etc. « Ces paranoïas aiguës, dit Schüle, versent naturellement dans la paranoïa secondaire ; autrement dit dans les délires systématisés secondaires ». Et Delasiauve disait « qu'à la suite de la confusion mentale, il reste certaines impressions délirantes qui survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'un véritable délire partiel (1) ».

Cette manière de voir n'est pas unanimement acceptée. Nous manquons de faits pour l'étayer. Dans le mémoire de Chaslin, on trouve cependant une observation empruntée à M. Séglas, dans laquelle une tentative de systématisation s'opère chez le malade lorsque la confusion mentale a disparu (2) ; et, M. Chaslin se demande si ce délire ne pourrait pas être considéré comme un reliquat de la vraie confusion mentale.

Quant à la nature des idées délirantes, elle peut varier. Il s'agit d'un délire de persécution dans l'observation de M. Séglas. Les idées de négation s'observent à toutes les périodes de la confusion mentale. Elles portent sur la constitution physique, sur le monde extérieur et s'appuient sur les troubles mentaux et physiques propres à la maladie. Nous ne pouvons dire dans quelle mesure elles survivent à cette dernière et se systématisent. *A priori* d'ailleurs, on conçoit que la confusion mentale qui peut débuter, nous l'avons vu chez un de nos malades, par un délire de persécution systématisé, qui se complique d'idées de négation également systématisées, puisse se terminer par un délire secondaire. Il pourra en être ainsi surtout si la prédisposition, cet élément indispensable, vient se joindre aux causes toxiques de la confusion mentale.

Lorsque les maladies infectieuses conduisent au délire systématisé secondaire, c'est presque toujours en passant par la confusion mentale. Cependant toutes n'ont pas recours à

(1) Delasiauve. — *Journ. de Méd. mentale*, t. IV, 1864, p. 68. Cité par Chaslin. *Annales médicales psychiques*, n° 2, 1892.

(2) Chaslin — *Annales 1892*, n° 2, pages 264 et 271.

cet intermédiaire. Max Simon[1] a relaté deux cas de délire ambitieux consécutif à la fièvre typhoïde. Leudet[2] a rapporté l'observation d'une jeune fille qui, au déclin de la fièvre typhoïde, se mit à déclarer qu'elle avait été adoptée par le Président de la République et parlait de distribuer des décorations. Marcé [3] appelle l'attention sur des sujets qui deviennent monomaniaques à la suite d'une fièvre typhoïde. Christian (4) note 6 fois le délire ambitieux sur 36 cas de délire post-typhique. Sauvet (5), Liouville [6] citent des cas semblables.

Régis [7] affirme que ces idées sont incapables de se systématiser. Marandon de Montyel [8] ajoute qu'elles sont mobiles, tristes ou ambitieuses, émises indifféremment suivant l'occasion ou l'impression du moment.

A la suite d'une attaque de choléra, Delasiauve [9] a vu un malade présenter du délire ambitieux qui guérit au bout de 2 mois.

Pendant la convalescence d'une *scarlatine*, Baillarger [10] a vu une jeune fille de 17 ans, présenter un délire ambitieux avec hallucinations. Il dura 15 jours.

La *pellagre* donne lieu à des troubles mentaux qui revê-

(1) Max Simon. – *De la folie consécutive à la fièvre typhoïde et de son mode ordinaire de transmission. (Journ. des connais. méd.-chirurg. 1844)*. Cités par Régis et Chevalier-Lavaur. *Des auto-int. dans les maladies mentales*. Congrès de La Rochelle, 1893, p. 43.

(2) Leudet — *Observation de monomanie ambitieuse survenue pendant la période de délire d'une fièvre typhoïde. (Ann. méd.-psych., 1850)*.

(3) Marcé.— *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 135.

(4) Christian.— *De la folie consécutive aux maladies aiguës. (Arch. gén. de méd.* sept. et oct. 1873). Congrès de La Rochelle, 1893, p. 44.

(5) Sauvet.— *Observation de démence aiguë et de monomanie ambitieuse consécutive à la fièvre typhoïde. Ann. méd.-psychol.* 1845, 1849). *Loc. cit.* p. 43.

(6) Liouville. *Ann. Méd. psych.* 1875. *Loc. cit.* Congrès de La Rochelle, p. 44.

(7) Régis. — *Folie consécutive à une fièvre typhoïde (l'Encéphale* 1881*)*.— *Manuel pratique de méd. mentale,* 2e édit. 1892. *Loc. cit.*, p. 45.

(8) Marandon de Montyel. — *De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie. (Conn. méd. psychol.* 1883). *Loc. cit.*, p. 45.

(9) Delasiauve. — *Influence du choléra sur la production de la folie. (Ann. méd. psychol.* 1849) *Loc. cit.* p. 48.

(10) Baillarger.— *Annal. méd.* 1879.— *Loc. cit.*, p. 48.

tent la forme de délire partiel avec idées de persécution ou d'hypochondrie.

Les *maladies viscérales* provoquent aussi des empoisonnements par auto-intoxication. On est en droit d'admettre qu'elles peuvent être une des causes de délire systématisé secondaire.

Dans une de nos observations, les troubles gastriques ont nettement précédé le délire qui est venu interpréter les sensations pénibles, par eux provoquées. Les cas de ce genre ne sont pas rares, M. Séglas en a publié récemment une observation que lui-même résume ainsi : Prédisposition héréditaire. Troubles digestifs : premiers phénomènes nerveux auto-toxiques encore indéterminés ; période de croissance : développement des accidents digestifs et toxiques, état mélancolique ; période d'acné : accidents aigus auto-toxiques, confusion mentale, délire onirique ; période de décroissance, atténuation des phénomènes toxiques, retour à l'état mélancolique. Convalescence : retour graduel à l'état normal des fonctions digestives, disparition des troubles intellectuels (1).

On peut se croire autorisé, dit M. Séglas, à attribuer dans ce cas, dès l'origine, une réelle importance aux phénomènes gastriques et à l'auto-intoxication dans la génèse des troubles mentaux (2).

L'insuffisance hépatique a été considérée comme une cause de folie par Charrin (3) et Klippel. D'après ce dernier auteur, l'alcool n'agirait sur les centres nerveux, qu'en troublant les fonctions du foie. Le délire alcoolique n'a pas de caractère spécifique. En sorte que ce que nous avons dit du délire systématisé alcoolique pourrait aussi bien s'appliquer au délire systématisé d'origine hépathique. Le délire alcoolique, dit M. Klippel, se montre, en certains cas, en relation évidente avec l'auto-intoxication hépatique sans que l'influence de

(1-2) J. Séglas. — *Auto-intoxication et délire.* — *Presse médicale* n° 107, 31 déc. 1898, p. 374.

(3) Charrin. — *Maladie du foie et folie.* — *Soc. biol.*, 30 juillet 1892. *Loc. cit.* Congrès de La Rochelle, p. 81.

l'alcool puisse être autrement invoquée que par son action antérieure sur la cellule hépatique ([1]).

Cette opinion de Klippel repose sur des arguments des plus sérieux, sur des faits cliniques bien observés.

L'insuffisance rénale donne lieu à des délires qui rappellent ceux de l'alcoolisme chronique ([2]). Nous n'y insisterons pas.

Les diathèses, d'après MM. Mabille et Lallement ([3]) se rencontrent dans l'étiologie de certaines folies. La folie mélancolique notamment est la traduction et l'indice d'un état d'arthritisme. Nous avons vu que cette forme de mélancolie elle-même prédispose aux délires systématisés secondaires. A ce titre, l'arthritisme ne serait pas tout à fait étranger à ces derniers.

Il va sans dire que maladies infectieuses, maladies viscérales, diathèses ne suffisent pas à préparer le terrain à un délire systématisé secondaire. Il leur faut le consentement d'un cerveau héréditairement prédisposé à l'organisation délirante.

L'anatomie pathologique des névroses est à faire et on connaît mal l'action des divers poisons sur les centres nerveux.

Ces poisons agissent-ils directement ou bien troublent-ils quelque grande fonction favorisant ainsi une auto-intoxication qui vient frapper les centres nerveux ?

M. Klippel est convaincu que les choses se passent ainsi dans l'alcoolisme chronique. Dans le délire alcoolique chronique, dit-il, l'auto-intoxication paraît jouer un rôle important Les rêves prolongés, les hallucinations, le délire

(1) Klippel. — Cité par Cullerre. — *Hépatisme et psychoses*. — *Arch. neur.* 1898, n° 35, p. 363.

(2) Dieulafoy. — *Etude sur le Brightisme, petite urémie, petits accidents ou mal de Bright*. — (*Acad. de Méd.*, 6 juin 1892). *Loc. cit.* Congrès de La Rochelle, p. 85.

(3) Mabille et Lallement. — *Des folies diathésiques*. Mémoire couronné par l'Académie de Médecine. Prix Falret 1890. (Masson, édit. 1891.) *Loc. cit.* Congrès de La Rochelle, p. 87.

se lient souvent à un trouble survenu dans les fonctions gastro-hépatiques (1).

Il est vraisemblable que, dans quelques intoxications, l'intoxication pellagreuse par exemple, le poison agit directement sur le système nerveux périphérique, sur la moelle ainsi que cela a été démontré par les auteurs italiens (2). Ces lésions nerveuses éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation est la base du délire. Le cerveau lui-même, interprète mal parce qu'il est prédisposé aux erreurs d'interprétation, peut-être aussi parce qu'il est en lui-même atteint par le poison; car, les altérations des éléments de l'écorce ont été bien constatées dans quelques intoxications, dans l'alcoolisme notamment. Dans toutes les formes du délire alcoolique, dit Klippel, on trouve invariablement des lésions cérébrales dégénératives. Elles semblent créer chez le malade, ajoute-t-il, un état de réceptivité morbide, de prédisposition au délire que tel autre ne pourra acquérir que par une longue hérédité (3). Nous pensons, nous, que l'hérédité et l'intoxication s'unissent pour détruire chez un sujet la faculté d'interprétation rationnelle des sensations qu'il éprouve.

Mais ce n'est pas une discussion que nous voulons ouvrir ici. L'anatomie pathologique ne nous a pas fourni encore assez de faits pour qu'il soit pressant de les expliquer. Contentons-nous de constater l'analogie qui existe entre une psychonévrose et une intoxication au point de vue du processus morbide qui aboutit au délire systématisé secondaire.

Les intoxications comme les psychonévroses préparent le délire en troublant le jeu régulier des fonctions sensitivo-sensorielles, chez un sujet prédisposé héréditairement. Cette comparaison est un argument en faveur de la théorie des auto-intoxications dans les psychonévroses.

(1) Klippel.—Congrès de La Rochelle, p. 540.
(2) Marinesco.—*Lettre d'Italie*. —*Semaine médicale*, nov. 1896.
(3) Klippel.—Congrès de La Rochelle, p. 541.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL — CONCLUSIONS

Ce rapport est évidemment trop long et, cependant, il est incomplet. Il ne faut pas y chercher tous les détails de la pathologie spéciale de chacun des groupes de délires systématisés secondaires. C'est volontairement que nous en avons négligé quelques-uns.

Nous avons insisté davantage sur les notions de pathologie générale qui pouvaient nous aider à mettre un peu d'ordre dans une question aussi complexe. Complexe, cette question l'est certainement ; car, les éléments de sa discussion se dispersent à travers la médecine mentale tout entière. Bien plus, ces éléments n'ont pas pour tout le monde la même valeur. Aussi, la variété des solutions qu'elle a reçues n'est-elle peut-être que le résultat d'un malentendu. Pour le faire cesser, il faut se placer assez haut et regarder d'assez loin pour embrasser, d'un même coup d'œil, toute l'étendue de notre sujet.

Faire de la pathologie générale ne s'appelle point faire de la psychologie pure. Nous avons voulu faire de la synthèse clinique. Cette ferme volonté, nous l'avons affirmée, au cours de notre rapport, en justifiant les groupements par des observations personnelles, en discutant sur des faits.

Les opinions et les faits, discutés ainsi à la lumière de saines notions de pathologie générale, perdent tout de suite de leur obscurité et il devient possible de se reconnaître même dans cette question des délires systématisés secondaires.

Résumons-la sous forme de conclusions qui pourront servir de base aux discussions du Congrès.

Il existe des délires systématisés développés sur des états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, notamment à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications.

La réalité clinique de ces formes psychopathiques est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Dans

notre psychiâtrie même, où les délires systématisés secondaires ne sont pas en honneur, ils y sont cependant représentés par le délire des négations de conception essentiellement française.

Mais, on ne s'accorde pas sur le degré d'importance qu'il convient de leur attribuer. Il suffira de comparer l'opinion de Krafft-Ebing, qui les considère comme des formes de démence, à celle de Tonnini qui les assimile à la paranoïa. La vérité se trouve peut-être entre ces deux opinions extrêmes.

1° Délires systématisés secondaires à la manie.

Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Elles ne s'associent jamais entre elles, se contredisent même souvent. Par leur nature, elles représentent les préoccupations antérieures du malade ou les idées délirantes nées pendant l'accès psychonévrotique. Cette systématisation rudimentaire s'effectue, non à la faveur de la démence proprement dite, mais de la déchéance des facultés d'association, de critique, etc. Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social. Ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique et, s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° Délires systématisés secondaires à la mélancolie.

Ils sont, de tous les délires systématisés secondaires, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie, sous toutes ses formes et à ses diverses périodes, se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa, présente des difficultés.

En ne tenant compte que des délires qui apparaissent

secondairement à l'accès psychonévrotique, on peut les diviser en trois groupes :

A. — Les délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, qui survivent à psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation.

Ces formes, les plus simples et les moins graves, pourraient être, à la rigueur, considérées comme la suite naturelle d'un accès psychonévrotique dont quelques-unes des idées délirantes s'attardent et se systématisent avant la guérison. Nous sommes en droit de les considérer aussi comme des formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables. Avec d'autant plus de raison que le passage de l'une à l'autre de ces formes, s'observe, chez le même malade, après plusieurs accès.

B. — Les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives.

Ces délires, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont, en somme, à leur place ni dans l'une, ni dans l'autre de ces maladies mentales.

En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique.

Comment reconnaître la paranoïa, distinguer ce qui revient à la psychonévrose ?

Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. Paranoïa veut dire : une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé qui en est le symptôme le plus

fréquent mais non constant. En des termes différents, cette constitution spéciale est reconnue par la presque unanimité des aliénistes. Ses caractères sont : orgueil exagéré, méfiance excessive. Développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social ; affaiblissement de la faculté de jugement, de critique, etc... La paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, sans même une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif.

La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délires systématisés secondaires post-mélancoliques.

Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments, découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.

C.— Un troisième groupe comprend *les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement* dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent, après plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent évidemment à des altérations anatomiques du système nerveux périphérique et central. Le délire interprète des sensations réelles.

Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Leurs caractères ne sont pas faits pour contredire cette manière de voir. Il est possible que

les troubles viscéraux, qui se rencontrent fréquemment au début des psycho-névroses mélancoliques, favorisent la production de poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire. En sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Il faudrait alors faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième élément : l'élément toxique. Car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut. Il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.

Les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. Cela est vrai pour la folie intermittente. Cela est vrai aussi pour la folie à double forme. On y a observé des délires de négation. Nous avons nous-même rapporté l'observation d'un malade qui, après quelques excès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé. Et le délire empruntait ses caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.

Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué.

Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent.

Les *intoxications*, l'alcoolisme, par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais, encore ici, le trouble sensoriel seul dépend

de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen.

Les mêmes considérations s'appliquent aux maladies viscérales, aux diathèses, etc.

Janvier 1899.

Aliénés méconnus et condamnés

Par le Dr Taty (de Lyon).

PRÉAMBULE

« Lorsqu'on ouvre les annales de l'histoire et de la justice on ne peut que gémir sur les milliers d'aliénés qui ont péri victimes des temps d'ignorance et pourtant, dès l'époque des sorciers, les médecins avaient hautement protesté contre leurs supplices en déclarant qu'on condamnait des insensés. Il a fallu des siècles pour que leur témoignage pût obtenir quelque crédit, parce qu'on répondait à l'autorité de la science par celle de la loi qui veut toujours que le crime soit expié. »

Ainsi parle Brierre de Boismont dans sa remarquable étude sur *Mittermaier* (1) et cette phrase peut servir d'épigraphe et presque d'historique à un rapport sur les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. Elle constate, en effet, les excès du passé, les adoucissements du présent et fait pressentir les triomphes scientifiques de l'avenir. Elle résume le rôle des médecins dans la question des aliénés devant la loi pénale, rôle qui a abouti à faire inscrire dans nos codes cette formule si simple et si juste : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action. » Elle fixe enfin une période dans l'évolution des doctrines qui justifient le droit de punir, évolution si avancée aujourd'hui, que Bénédikt a pu dire : « Il faudra désormais remplacer, au point de vue social, la notion de culpabilité et de répression par celle de nocuité et de préservation (2). »

(1) Brierre de Boismont. — Mittermaier : *La peine de mort ; les aliénés dans les prisons et devant les tribunaux*. — *Ann. Méd. Psych.*, 1re partie, p. 337.

(2) Bénédikt. — *Comm. au Congrès de Phréniatrie et de Psychopathologie*, Anvers 1885. — *Ann. Méd. Psych.*, 1885, 2e p., p. 378.

Si l'on peut repousser l'application de cette formule pour un acte criminel quelconque, il faut, sans hésitation, l'admettre, en la combinant avec l'article 64 du Code pénal, pour apprécier sainement les infractions commises par les aliénés. Ces infractions ne sont plus ni des crimes ni des délits, ce sont des actes simplement nuisibles contre lesquels la société a seulement le droit et le devoir de se préserver. C'est parce qu'on a méconnu ces principes qu'il y a eu et qu'il y a encore des aliénés condamnés ; c'est aussi peut-être parce que la société est insuffisamment armée pour sa préservation, c'est enfin parce qu'elle n'a pas su toujours allier cette idée de préservation avec le respect, la compassion et l'assistance dus à des malades.

Ces aliénés méconnus et condamnés se répartissent en deux grands groupes. suivant que leur état mental a été totalement méconnu ou a fait l'objet d'un examen médico-légal.

Le premier groupe comprend les sujets dont l'état d'aliénation mentale a passé complètement inaperçu et qui ont été condamnés sans que les juridictions chargées de déclarer leur culpabilité et de leur appliquer la loi pénale et les magistrats chargés de démontrer cette culpabilité aient réclamé un examen médical ou même paru soupçonner leur maladie.

Il comprend encore les condamnés dont l'intégrité des facultés a été mise en question au cours du procès, mais pour lesquels ni l'instruction ni les tribunaux de répression n'ont cru utile de demander une expertise ou même l'ont systématiquement repoussée.

Dans le second groupe, on rencontre tous ceux dont l'état mental a inspiré des doutes sérieux à la justice et qui, par suite, ont été l'objet d'une expertise.

Pour les uns, les experts auront méconnu leurs troubles mentaux, conclu faussement à la simulation, par conséquent, à la responsabilité ; les juges ayant suivi l'opinion des médecins. c'est le rapport médical qui aura entraîné la condamnation et ces sujets auront été, en réalité, des aliénés méconnus par les experts et condamnés par leur fait.

Existe-t-il des cas de ce genre ? S'il y en a (1), et, à l'honneur du corps médical, rien n'est moins démontré, cela ne prouverait qu'une vérité hélas ! banale ; c'est que les hommes ne sont pas toujours à la hauteur des institutions et cela démontrerait encore, s'il était besoin de cet excès de démonstration, que l'étude et l'enseignement des maladies mentales ne sauraient être assez développés pour mettre les médecins à la hauteur de leur lourde tâche.

Pour les autres, l'expertise a démontré leur maladie mentale. Le rapport a conclu à l'irresponsabilité, mais les tribunaux, gardant intact leur pouvoir d'appréciation, en vertu de cet adage de droit que l'expert ne lie pas le juge, ou guidés par d'autres motifs qu'il y aura lieu d'examiner au cours de ce travail, ont néanmoins prononcé la condamnation.

Les faits d'aliénés condamnés, malgré les conclusions de l'expertise sont heureusement rares et tendent à le devenir de jour en jour davantage : il faut en chercher les exemples frappants dans un passé déjà reculé et à l'étranger même. Mais il en existe néanmoins (2) et l'on doit regretter parfois encore entre les conclusions des experts et les jugements des tribunaux un manque d'harmonie qui a entraîné la condamnation de véritables aliénés.

(1) Affaire Jeanson : *Ann. Méd. Psych.*, 1870, 1re p., p. 230 et 420. — Neumann de Breslau : *Ann. Méd. Psych.*, 1884, 2e p., p. 498. — Châtelain : *Les hystériques*, p. 471.

(2) Affaire P... — Ordonnance de non-lieu sur rapport du Docteur Aubanel. Appel de cette ordonnance par le parquet. Condamnation de l'aliéné aux travaux forcés par le jury. — *Ann. Méd. Psych.*, 1849, 1re p., p. 421.

Affaire Jobard. — Rapport du Docteur Arthaud.

Cas du Docteur Dukow. — Renvoi d'un inculpé aux assises par la Cour de justice de Saint-Pétersbourg, malgré un rapport concluant à la démence. Mort de l'inculpé au cours de l'instruction. Autopsie. Lésions de méningite chronique et dégénérescence graisseuse des artères. — *Arch. d'hyg. et méd. lég.*, 1878. *Ann. méd. psych.*, 1869, 2e p., p. 469.

Cas du Docteur Kirn. — Condamnation d'une aliénée à 15 ans de travaux forcés malgré le rapport. Condamnation de la sœur de cette aliénée, également aliénée comme complice. — *Friedreichs Blaetter*, 1872. *Ann. Méd. Psych.*, 1874, 2e p., p. 122.

Affaire O'Connor. — Tentative de meurtre sur la reine d'Angleterre Avis de médecins demandant l'internement. Condamnation à 7 ans de prison, malgré

Il n'y a pas lieu de distinguer les cas où les experts, tout en reconnaissant les troubles mentaux, ont, néanmoins, conclu à la responsabilité plus ou moins atténuée. En effet, ou bien les experts se seront trompés en admettant la responsabilité partielle quand il aurait fallu admettre l'irresponsabilité, et alors ces cas rentreront dans la première division de notre second groupe, ou bien les tribunaux n'auront pas tenu compte des réserves de l'expertise, et alors les cas rentreront dans la deuxième. Mais ce sont là des faits dont la discussion soulèverait des questions doctrinales encore vivement controversées, demandant chacune un rapport tout entier, et sortant, me semble-t-il, du cadre plus nettement limité de celui-ci ; ce sont enfin des questions d'espèces dont l'appréciation, à moins d'émaner d'aliénistes ayant directement observé les sujets, risque fort d'être au moins aventurée.

Aux deux grands groupes que je viens de distinguer il y aurait, paraît-il, lieu d'en ajouter un troisième. C'est celui des individus, reconnus aliénés par les médecins-experts, qui bénéficient en conséquence d'une ordonnance de non-lieu et qui,

cet avis. Sortie de prison. Nouvelle tentative de meurtre. Internement définitif. *Gazette hebdomadaire*, 4 juin 1875.

Affaire Jean Soulas. — Condamnations d'un individu accusé de vols qualifiés, malgré un rapport de M. Marandon de Montyel concluant à la folie épileptique et à l'irresponsabilité. — *Encéphale*, 1884, p. 140.

Deux cas de Hack-Tuke. — Condamnation à mort malgré des rapports concluant à l'irresponsabilité. Sentences revisées. — *Ann. Méd. Psych* , 1885.

Affaire du Docteur Lamotte. — Rapport de MM. Jaumes, Cauvy et Marandon de Montyel. Avis de MM. Lacassagne et Max-Simon. Condamnation d'un épileptique dément à deux ans de prison. — *Montpellier-Médical*, 1888.

Affaire P... — Rapport du Docteur Adam. — Condamnation par le jury d'un mélancolique hypochondriaque à 5 ans de travaux forcés, malgré l'adhésion de l'avocat général aux conclusions de l'expert. — *Soc. Méd. Psych.*, 28 octobre 1895.

Affaire Jean Fort. — Rapport de MM. Lande, Pitres et Régis. Condamnation d'un faible d'esprit se croyant ensorcelé et devenu meurtrier à la suite de cette idée, à 5 ans de réclusion. — Th. de L. de Perry : *Les somnambules extra-lucides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales*. — Bordeaux, 1896.

Affaire P... — Rapport du Docteur Régis. Condamnation d'un semi-aliéné transféré depuis à Gaillon. — Thèse du Docteur Imbert sur le *Délire de Jalousie*, Bordeaux, 1897.

une fois en sûreté à l'asile, tantôt laissent deviner leur véritable état de santé par le médecin du service qui a, pour servir sa perspicacité, deux puissants éléments, la patience et l'habitude, sans compter la surveillance constante, tantôt entrent d'eux-mêmes dans la voie des aveux pour obtenir leur sortie et reprendre impunément le cours d'une existence souvent orageuse. Ce groupe ne serait pas celui qui comprend le moins de sujets et beaucoup de médecins d'asiles pourraient retrouver dans leurs souvenirs des faits de ce genre.

Ces individus sont ceux qu'a décrits M. Charpentier (1) sous le nom de *pseudo-irresponsables* et on peut en rapprocher ceux qui, d'après M. Vallon, font de l'aliénation préventive, se créant ainsi pour l'avenir une sorte d'alibi psychopathique (2), précieux à invoquer en cas de démêlés ultérieurs avec la justice. Tous ces individus sont aussi des façons d'aliénés méconnus. Il suffira de les mentionner pour mémoire.

Tous les sujets du deuxième groupe, tous ceux qui ont été soumis à un examen médico-légal, s'ils sont bien des aliénés condamnés, ne sont pourtant pas, à proprement parler, des aliénés méconnus. Du moins, ils n'ont pas été méconnus par tout le monde. La société a rempli vis-à-vis d'eux, et dans l'état actuel des choses, tout son devoir. Si l'arrêt rendu a été inique, la faute en est non pas tant à la loi qu'aux hommes chargés de l'appliquer, qui ne sont que des hommes auxquels on ne peut demander toujours la perfection et l'infaillibilité. Si le penseur, si le philosophe doivent regretter de semblables éventualités, le magistrat et le médecin n'ont à s'en souvenir et à s'en émouvoir que pour se mieux pénétrer de leur mission et tendre de plus en plus vers un idéal d'action combinée et de certitude scientifique. Revenir plus en détail sur ces « choses jugées », et autrement que pour les regretter, serait sans doute faire besogne inutile ou incom-

(1) Charpentier. — *Comm. à la Soc. Méd. Psych.* — *Ann. Méd. Psych.* 1896.
(2) Vallon. — *Ann. Méd. Psych.* 1898.
(2) Pierret. — *Rapport médico-légal sur l'état mental de Vacher, 1898.* — *Arch. anthrop. crim.*, Janv. 1899.

plète, et nécessiterait en tout cas des développements excédant les bornes et le but de ce rapport.

Il n'en va plus de même pour les aliénés condamnés sans expertise, qu'on ait repoussé *à priori* l'idée d'un examen médico-légal ou qu'on n'ait pas songé à le réclamer. Ici, il y a faute de la société et faute lourde, tout au plus atténuée par les exigences pratiques de la vie sociale.

Les cas de refus d'expertise sont de plus en plus rares : M. Ferris (1), dans sa thèse faite sous l'inspiration de M. Régis, rappelle l'affaire Anastay (refus d'expertise par l'instruction) et l'affaire Bordelais (refus d'expertise par le Conseil de guerre). Les cas d'oubli d'expertise sont plus nombreux. C'est à eux, qu'à l'exemple des auteurs qui ont déjà traité le sujet, je limiterai ce rapport ; s'il y a réellement des cas de ce genre, on ne saurait, en effet, trop le répéter ni le proclamer trop haut ; il faut signaler ces faits, rechercher par surcroît tous les moyens d'en éviter le retour et enlever dans l'avenir les malades à la prison pour les rendre à l'asile. Tel m'apparaît le véritable but de ce rapport, telle me semble être l'intention généreuse qui a poussé le Congrès à mettre la question en discussion.

PREMIÈRE PARTIE

Les cas d'aliénation méconnue suivis de condamnations

CHAPITRE I

Les origines de la question

L'attention de tous ceux qu'intéresse le côté médico-légal de l'aliénation mentale a été vivement frappée par une communication de M. H. Bailleul, directeur de la quatrième

(1) Ferris. — *Responsabilité et justice militaire.* — Th. Bordeaux, 1896, n° 18.

circonscription pénitentiaire au Congrès de médecine mentale de Rouen, en 1890 (1).

« Le Dr Parchappe, disait M. Bailleul, avait signalé dans son rapport au Ministre de l'Intérieur en 1865 que, dans nombre de cas de folie chez les prisonniers, il n'est guère douteux que l'état de folie ne remonte antérieurement aux actes délictueux et que cela est indubitable pour la presque totalité de ceux atteints d'imbécillité. »

Il déclarait lui-même que, de 1853 à 1860, il a été constaté, d'après des tableaux visant tout l'ensemble du service médical des bagnes et des maisons centrales, 226 cas d'aliénation mentale préexistante à l'écrou et il rapportait cinq cas de condamnations postérieurement auxquelles on avait constaté chez les condamnés un état d'aliénation mentale qui paraissait avoir préexisté au jugement et même à l'infraction.

A la suite de cette communication s'engageait une discussion au cours de laquelle M. Rouillard disait que, sur une douzaine de condamnés admis à Sainte-Anne, l'un avait été jugé la veille de son entrée, l'autre trois jours auparavant, deux paralysés généraux avaient été internés à la suite de vols absurdes; un de ces malades avait une jeune fille de vingt et un ans qui devait se marier prochainement; à la suite de la condamnation, le mariage avait été rompu. Il ajoutait que si les erreurs judiciaires sont rares en cours d'assises, elles ne sont que malheureusement trop fréquentes dans les jugements pour flagrants délits.

M. Giraud citait un cas de condamnation d'un aliéné par un tribunal correctionnel, jugement réformé plus tard, après expertise, par la voie de l'appel.

M. Charpentier, de son côté, faisait constater « qu'il est toute une classe d'individus détraqués et vicieux qui, en prison, simulent la folie et, dans l'asile, l'honnêteté, en criant contre l'injustice humaine ; il en résulte que les médecins des prisons dirigent ces sujets vers les asiles, les médecins de l'asile tantôt

(1) H. Bailleul. — *Note sur la folie dans les maisons centrales ou prisons de longues peines.* — Congrès de médecine mentale de Rouen, 1890.

les mettent en liberté, tantôt les retiennent » ; suivant donc le point de vue auquel on se place, ces sujets peuvent être ou non considérés comme des aliénés méconnus et condamnés.

Cette discussion contenait en germe toute la question des aliénés méconnus et condamnés, avec ses divers problèmes : Existe-t-il réellement des aliénés méconnus et condamnés ? S'il y en a, quels sont-ils ? Comment peut-on arriver à empêcher ces faits regrettables ?

Les faits ainsi rapportés n'étaient pas chose absolument nouvelle, mais on ne les avait guère mis aussi énergiquement en relief. Si, en effet, tous les traités classiques de médecine légale et de médecine mentale avaient jeté le cri d'alarme, minutieusement décrit les crimes et les délits commis sous l'influence de l'aliénation mentale, mis en garde médecins et magistrats contre des appréciations inexactes du caractère de ces infractions, notamment de celles qui remplissent ce qu'on a si justement appelé la période médico-légale de la paralysie générale, rapporté enfin de nombreux cas où l'expertise seule avait fait reconnaître les stigmates maladifs des actes incriminés, on avait, par contre, assez rarement et assez discrètement signalé des faits probants de condamnations, jugées plus tard elles-mêmes par la constatation évidente d'une aliénation mentale antérieure à cette condamnation.

En remontant un peu plus haut dans le passé, il serait facile de citer bien des faits de ce genre, mais une pareille revue pourrait encourir le reproche mérité de manquer d'actualité. Il suffit de rappeler les travaux et de saluer d'un pieux souvenir les noms d'Esquirol, de Ferrus, de Marc, de Pariset, de Baillarger, de Falret, d'Ortolan, de Faustin Hélie, de Mittermaier, de tous ceux qui, magistrats ou jurisconsultes, ont combattu le bon combat en faveur des aliénés pris trop souvent pour des criminels ou des délinquants de droit commun et, pour constater le succès de leurs constants efforts, de répéter ici ce que disait il y a quatre ans M. le premier

Président de la Cour d'appel de Bordeaux Delcurrou [1] : « Si la magistrature autant que jadis se plaît à répéter ce vieux mot dont la magie vient peut-être de sa résonnance: c'est à la raison de juger la folie, elle est cependant de son temps, ne présente plus de prédisposition héréditaire à l'auto-suggestion d'infaillibilité et n'affiche plus aucun dédain ni aucune méfiance à l'égard de l'expertise. »

Ce succès, cette acceptation de l'opinion des aliénistes par les tribunaux, Brierre de Boismont les constatait déjà en 1865, dans un remarquable travail sur l'*Etat actuel des progrès de la médecine en France dans les questions judiciaires* [2], travail qui fixe une première étape.

Brierre de Boismont se réjouit de voir admettre par des arrêts importants six catégories d'aliénations sortant du cadre classique et légal, adopté par le Code civil, de la démence, de l'imbécillité et de la fureur, savoir: les délires partiels, la folie raisonnante, la folie hystérique, la folie épileptique, la folie transitoire et enfin la faiblesse d'esprit et les divers degrés de l'idiotie, « espèces maladives souvent traduites devant les tribunaux dans des conditions d'infériorités physiques et morales qui demandent une autre expiation que celles des véritables crimes. »

De la dernière catégorie de malades, il donne une description saisissante qui mérite d'être citée tout entière :

« Nous appellerons, dit-il, l'attention sur une classe de déshérités, comprenant les arriérés, les faibles d'esprit, les imbéciles à divers degrés que la loi ne frappe que trop souvent. Nous avons recueilli dans nos cartons un grand nombre de procès où l'on voit figurer chaque année les mêmes types qu'on dirait des portraits stéréotypés. Ce sont des individus au front bas et fuyant, au regard atone et hébété, à l'intelli-

(1) M. Delcurrou. — *Réflexions sur la médecine légale des aliénés à propos du rapport de M, Ritti*. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, 1895.

(2) Brierre de Boismont. — *Ann Méd. Psych.*, 1865.

gence obtuse, aux mauvais instincts, privés de sens moral, ne pouvant travailler régulièrement, ne prenant point plus part à leur procès que s'il ne les concernait pas, et quittant l'audience après la condamnation, avec l'indifférence, l'apathie d'êtres abrutis, pour qui la sentence est lettre morte. Guislain avait remarqué, avec raison, qu'un grand nombre d'imbéciles sont voleurs, artificieux, lubriques, méchants, homicides, et que ces malades paraissent fréquemment devant les tribunaux pour vol, incendie, meurtre. A ce sujet, il rapporte l'observation d'un imbécile, condamné à mort pour un assassinat, dont la peine fut commuée en une détention perpétuelle, parce qu'il y avait doute sur son état, et qui, à l'époque où il écrivait, était complètement aliéné.

« Presque toujours nés de parents ivrognes et souvent même conçus dans l'intoxication alcoolique, ces individus entrent dans la vie avec les germes de l'altération du sang, de la dégénérescence graisseuse du foie, de la stérilité, de l'idiotie, etc.

« Si à ces éléments pathologiques on ajoute la dégradation des parents, leur absence forcée par les condamnations, le milieu empoisonné dans lequel ces enfants ont été élevés, n'ayant souvent d'autres maîtres que des vagabonds ou des malfaiteurs, l'ignorance de toute idée religieuse et morale, le mauvais exemple sous toutes ses formes, la promiscuité des sexes, l'abandon dans lequel la société les a laissés par insuffisance d'institutions, la privation des choses les plus nécessaires à l'existence, on devra moins s'étonner que les médecins qui enregistrent avec soin ces faits, soient portés à considérer les individus de cette catégorie plutôt comme des malades à soulager que comme des coupables à châtier (Bonnet, Préface de son livre : *L'Aliéné devant lui-même*, 1866).

« Très souvent, les tribunaux condamnent ces infortunés comme vagabonds, et, lorsqu'ils nous ont délégué pour en examiner plusieurs qui avaient fait naître le doute dans l'esprit des juges, nous avons constaté, avec une véritable folie, une série antérieure de condamnations pour des délits

dus à la maladie mentale ; c'est ce qui nous avait engagé à demander, il y a vingt et un ans, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale,* la création d'un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels. »

Ailleurs (1), Brierre de Boismont rappelle l'idée de Napoléon Ier, que certains criminels sont des fous qui doivent être conduits dans les asiles et non traduits devant les tribunaux, et, passionné pour son sujet, il complète ainsi la description clinique qu'il a donnée dans les lignes citées plus haut (2) :

« Il n'est pas d'année que je ne voie des individus dont le signalement est toujours le même et qu'on dirait photographié, venir s'asseoir sur les bancs de la Cour d'assises. La description que l'on fait de ces personnages est invariablement celle-ci : ils ont le front bas, fuyant ; l'œil sans expression, fixe, hagard, sinistre ; le regard hébêté ; la physionomie annonçant la prédominance des instincts animaux, dénotant parfois la ruse, la dissimulation ; leurs réponses attestent leur indifférence pour les questions qu'on leur adresse ; leurs déterminations sont quelquefois dues à la vengeance, mais le plus souvent le motif qui les a poussés est sans valeur, et il n'est pas rare de les entendre dire qu'ils ne savent pas pourquoi ils ont agi ainsi. Ordinairement, ils paraissent étrangers à la condamnation qui les frappe, lors même qu'elle les atteint pour la première fois.

« Les antécédents de ces individus, qu'on n'explore pas suffisamment, révèlent des maladies nerveuses, héréditaires ou qui leur sont propres, dont l'influence contribue à leur dégradation. Presque toujours, ces malheureux sont condamnés aux travaux forcés à perpétuité ou à temps, et quelques-uns même laissent leur tête sur l'échafaud. Les jurés ont l'instinct de cette infériorité morale ; ils abaissent la peine d'un ou deux degrés, à l'aide des circonstances atténuantes et ils les envoient aux bagnes. Cette peine, mise en regard de

(1) Brierre de Boismont. — *Appréciation médico-légale du régime actuel des aliénés en France.* — *Ann. Méd. Psych.*, 1865, 2e p.

(2) Id. — Communication à la Société Médico-Psychologique, 31 juillet 1865.

l'état mental de ces infortunés, est une application erronée et douloureuse de la loi.

« Sans aucun doute, la pensée qui conduit à ce triste résultat est la nécessité de sauvegarder la société et l'impossibilité de maintenir ces malades dans les asiles lorsqu'ils paraissent revenus à la raison. Mais, entre le bagne, la mort même et l'asile temporaire, il y a une autre solution : c'est l'internement dans un asile spécial, semblable à ceux que l'Angleterre a consacrés aux fous dits criminels et qu'il convient d'appeler dangereux. Nous avons nous-même insisté, avec Georget, sur le besoin de créer de pareils établissements en France ; on pourrait, d'ailleurs, les transformer en colonies de travail. »

A part quelques archaïsmes de mots et de classification, ces pages semblent écrites d'hier : n'est-ce pas parmi les êtres qui présentent, plus ou moins caractérisé, le type si bien dépeint par Brierre de Boismont que se recrutent la plupart des « aliénés méconnus et condamnés », de nos jours encore, n'est-ce pas à leur sujet que se soulèvent aujourd'hui et se soulèveront longtemps les plus passionnantes controverses de la célèbre question des aliénés criminels ?

Ainsi, en 1865, au témoignage d'un contemporain, il semblerait, grâce aux efforts des élèves et successeurs de Pinel et d'Esquirol, que les cas d'aliénation méconnue suivis de condamnations sont déjà devenus exceptionnels et ne se rencontrent plus guère que quand il s'agit de ces individus autrefois connus sous le nom de débiles, arriérés, faibles d'esprit.

Cette consolante constatation pourrait encore être faite pendant toute la période qui va de 1865 à 1890. On n'y rencontre, en effet, pas de travaux d'ensemble sur la question qui nous occupe ; pas, non plus, de communication spéciale.

Et cependant, l'étude de plus en plus complète des obsessions, des impulsions, des fugues et des états pathologiques auxquels elles se rattachent, montre que nombre d'attentats à la pudeur, de vols, de délits d'escroquerie ou de vagabondage, d'homicides même, sont commis journellement par des aliénés

que la science moderne désigne sous les noms de pervertis sexuels, d'impulsifs dégénérés, de kleptomanes, de pyromanes, de persécutés migrateurs, d'hystériques en état second, d'excités circulaires, sans compter ceux que continuent à commettre les paralytiques généraux, les déments, les épileptiques.

Comment se peut-il donc que ces faits ne se rencontrent mentionnés qu'isolément [1] ou dans les traités classiques ou accessoirementà des monographies d'une portée plus étendue? La question n'a-t-elle pas semblé importante aux auteurs? Leur a t-il paru trop difficile de prouver qu'un état d'aliénation mentale antérieur à la condamnation était la cause directe de l'infraction commise? Les cas d'aliénation méconnue suivis de condamnations ont-ils été si rares, la science a-t-elle si bien précisé les caractères morbides pathognomoniques d'une infraction commise par un aliéné, l'union entre les médecins et les juridictions pour la recherche impartiale de la vérité, est-elle devenue si parfaite, qu'il soit tout à fait exceptionnel de voir des aliénés frappés par la loi pénale?

On serait tenté de le croire et de se ranger absolument à l'avis de M. Giraud, qui nous dit [2] :

« Sur les bancs du tribunal correctionnel viennent s'asseoir des individus de toute sorte, et souvent ceux qui y sont cités n'en sont pas à leur première condamnation. Dès que l'acte délictueux est avoué, la cause est promptement entendue et rapidement jugée; dans cette justice rendue parfois un peu sommairement, *on rencontre de temps à autre la condamna-*

(1) A. Tardieu. — *Etude sur la folie*, 1872.
Id. *Etude sur les attentats aux mœurs*, 1878.
Foville. — *Ann. d'hyg.* 1877.
Lunier. — *Des vols aux étalages*, 1880.
Hospital. — *Note sur une lésion grave du crâne découverte sur la tête d'un supplicié*, 1885. — *Ann. Méd. Psych.*
Max-Simon. — *Crimes et délits dans la folie*, 1886.
A. Giraud. — *Rev. de Méd. lég.* — *Ann. Méd. Psych.* 1887.
Semal. — *Coup d'œil sur les folies pénitentiaires.* — Congrès international de médecine mentale, 1889.

(2) A. Giraud. — *Du tribunal correctionnel et des aliénés.* — *Rev. de Méd. lég. Ann. Méd. Psych.*, 1885, 2e p., p. 50.

tion d'un aliéné, mais on peut dire que ce fait devient de plus en plus rare et que les magistrats appellent volontiers le médecin dès qu'un doute surgit sur l'intégrité des facultés intellectuelles du prévenu. »

Est-ce là une affirmation trop optimiste ? Faut-il croire, au contraire, que les cas où l'aliénation a été méconnue restent si bien méconnus qu'ils le sont encore et le resteront toujours tant qu'on ne fouillera pas attentivement les antécédents des aliénés observés dans les asiles ou dans les prisons pour y découvrir la condamnation et reconnaître que cette condamnation a frappé un individu déjà malade, c'est-à-dire tant qu'on n'aura pas simultanément sous les yeux le casier judiciaire et le casier manicomial de chaque individu, comme le désire M. Chambard [1] ? Faut-il penser aussi que les résultats obtenus par les aliénistes, en diminuant le nombre de condamnations d'aliénés pour crimes leur ont paru suffisants et ont un peu détourné leur attention de ceux qu'il y aurait à obtenir dans les cas de condamnation pour délit ?

C'est ce que tendent à faire admettre une série de recherches récentes, de travaux d'ensemble extrêmement sérieux, de lecture émouvante, dont la communication de M. Bailleul, rappelée au début de ce chapitre, paraît avoir été le *primum movens.*

CHAPITRE II

Travaux d'ensemble sur les aliénés méconnus et condamnés. Etat de la question depuis 1890.

Ces recherches, abstraction faite du rapport de Parchappe que j'ai résumé plus haut, avaient eu un précédent dans le mémoire du Dr Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen [2]. J'en emprunte l'analyse à Brierre de Boismont [3]. Elle présente un certain intérêt historique.

(1) E. Chambard. — *De l'instruction des affaires en médecine mentale.* — *Ann. Méd. Psych.* 1891, 1re p., p. 231.

(2) Vingtrinier. — *Des aliénés dans les prisons et devant la justice.* — *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XLVIII et XLIX, 1852 et 1853.

(3) Brierre de Boismont. — *Etat actuel des progrès de la méd. mentale,* etc. *loc. cit.*

« Ce travail comprend 17 années (1835 à 1852), présentant un chiffre de 8.500 accusés de crimes sur lesquels il y avait 16 fous, plus un second chiffre de 34.500 prévenus de délits qui ont fourni 248 fous. C'est, en résumé, 264 aliénés sur 43.500 inculpés auxquels il faut ajouter un individu simulant la folie. Sur ces 265 cas qui ont passé sous les yeux des médecins des prisons de Rouen, 1 a été par eux déclaré simulé ; 2, quoique la folie fût évidente, leur ont paru ne pas présenter dans l'acte incriminé l'absence de liberté morale et de discernement qui eût pu motiver un acquittement.

Sur les 262 autres cas de folie signalés par les médecins, 176 ont été admis par les juges ; ils ont provoqué des ordonnances de non-lieu et des acquittements suivis de renvoi à l'asile des aliénés ou de simples mises en liberté. La justice n'a donc rien perdu et s'est, au contraire, rendue plus sûre d'elle-même en faisant appel aux lumières des hommes spéciaux.

Sur les 86 autres prévenus, 4, considérés comme fous par les médecins, sont morts dans la prison, avant que les magistrats aient pu s'éclairer sur l'accusation dont ils étaient l'objet.

82 condamnations ont été prononcées sans que les médecins aient été consultés ou même malgré leur opinion exprimée. 6 de ces condamnations concernent des affaires criminelles. Sur ce nombre, 4 individus ont été reconnus fous après leur condamnation ; 1 s'est empoisonné ; le temps n'a rien appris sur le dernier, parce que ce condamné a été exécuté.

76 condamnations ont eu lieu pour cas correctionnels, également sans avis de médecins ou malgré cet avis. Voici comment ce chiffre s'est réparti : 1 condamné est mort peu après l'arrêt qui l'avait frappé ; 19 ont subi leur peine à la prison de Bicêtre, mais la plupart au quartier des aliénés. Presque tous étaient des récidivistes idiots, incapables de pourvoir à leurs premiers besoins. Que les magistrats aient été amenés, par la charité même, à prononcer de telles condamnations, on ne le conteste pas, mais nous sommes tous d'accord pour demander que ces coupables soient placés dans un asile.

Quant aux 56 autres condamnations, si la magistrature a voulu faire une expérience, il ne faut s'en plaindre qu'avec modération, car l'expérience a été décisive.

Les 56 condamnés, sans en excepter un seul, ont dû être extraits de la prison, quelques jours après leurs condamnations, pour être transférés dans l'asile des aliénés où leur folie a été constatée de nouveau. »

Sommeillant depuis cette époque et ne donnant naissance qu'à des mentions éparses et accessoires à d'autres recherches, la question des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux s'est franchement réveillée en 1891, et c'est sous ce titre même qu'a paru, à cette date, la thèse inaugurale de M. le Dr Pactet (1), ancien interne des asiles de la Seine.

Cette thèse s'appuie sur trente-cinq observations, la plupart personnelles, par conséquent récentes, et des faits qu'il décrit l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. — Les tribunaux condamnent un certain nombre d'aliénés dont la maladie mentale n'a pas éveillé les soupçons des magistrats.

II. — Dans tous les cas que nous avons observés, ces condamnations auraient pu être évitées si le prévenu, après son arrestation, avait été soumis à l'examen d'un médecin aliéniste.

III. — Le médecin, préparé à ce rôle pour l'étude des maladies mentales, est seul en possession des notions scientifiques qui permettent de reconnaître sûrement un aliéné.

IV. — Le prévenu supposé ne pas jouir de l'intégrité de ses facultés mentales, devrait séjourner, pendant la durée de l'expertise médico-légale, dans un local particulier tel que l'Infirmerie spéciale et ne jamais franchir le seul de la prison.

V. — Une visite médicale quotidienne des prévenus envoyés au Dépôt, pratiquée par un aliéniste qui signalerait à

(1) F. Pactet. — *Les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux.* Th. Paris, 1891.

l'attention des juges les individus lui paraissant nécessiter un examen plus sérieux au point de vue mental, permettrait d'épargner une condamnation à un grand nombre d'aliénés.

M. Pactet a relevé 18 cas de condamnations pour vol ayant frappé des paralytiques généraux (13 obs. personnelles, 4 rapportées par Sauze, 1 par Darde), 5 cas de condamnations pour vagabondage ou mendicité (obs. personnelles) et 1 cas de condamnation pour faux ayant frappé également des paralytiques. Il y joint 2 ob. de Foville (condamnations de paralytiques pour escroquerie et abus de confiance) et 2 obs. personnelles de condamnations de paralytiques pour outrage ou attentat à la pudeur.

Il a noté 4 cas de délire de persécution (2 obs. personnelles, 1 de M. Paul Garnier, et 1 de Tardieu) dans lequel il y a eu des condamnations à l'amende, à la prison, à la réclusion et aux travaux forcés, et enfin 3 observations de M. Paul Garnier (Aberration sexuelle) dont les sujets ont subi respectivement 1, 3 et 4 condamnations.

A Bruxelles, en 1892, au Congrès international d'Anthropologie criminelle, M. le Dr Paul Garnier a présenté un rapport intitulé : *De la nécessité de considérer l'examen psychomoral de certains prévenus ou accusés* comme un devoir de l'instruction. Dans ce mémoire, M. Paul Garnier s'exprime ainsi : « Depuis longtemps j'étais frappé du grand nombre de condamnés qui m'étaient envoyés des différentes prisons de la Seine, aux fins d'examen mental, et cela quelques jours seulement après le prononcé du jugement. J'ai été conduit à relever tous ces cas et à prendre soin d'ailleurs, de noter le fait dans mon certificat de collocation dans un asile d'aliénés. Nous avons pu ainsi, M. Magnan et moi, établir une statistique dont les données sont égales, à quelques unités près. En examinant, par exemple, la période quinquennale de 1886 à 1890, les aliénés méconnus et condamnés pour lesquels un internement survenant presque aussitôt le jugement a été pour ainsi dire la révision morale du procès, se dénombrent ainsi qu'il suit :

En 1886	....	59
En 1887	....	45
En 1888	....	49
En 1889	....	37
En 1890	....	65
	Total.....	255

Soit un total de 255 erreurs judiciaires durant cette période quinquennale ! Il y a donc, en chiffres ronds, une moyenne de 50 individus par an, injustement flétris par une pénalité qui s'est égarée sur leur tête. Malades, — et on ne peut contester qu'ils l'étaient puisque, quelques jours à peine séparent leur condamnation de leur internement — ils devaient être traités comme tels et bénéficier de l'artiele 64 du Code pénal, surtout quand on considère que 40 °/₀ environ de ces malheureux sont des paralytiques généraux absolument insconscients et irresponsables. »

En 1894, enfin, M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, apporta au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand son très important mémoire intitulé : *Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation.* Ce travail a été ensuite publié dans le fascicule 47 du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

On sait dans quelles conditions M. Monod fit son enquête. Il adressa, en juin 1894, aux directeurs des asiles publics d'aliénés une circulaire dans laquelle il leur demandait un relevé fait pour chacune des années 1886, 1887, 1888, 1889 et 1890 des cas où des malades ont été conduits dans des asiles peu de temps après avoir subi des condamnations judiciaires. Il leur demandait de ne porter sur cet état que les *cas où la maladie mentale était la cause indiscutable de l'acte incriminé* devant les tribunaux et où, dans leur opinion, une expertise médico-légale eût pu éviter à l'aliéné sa condamnation.

Malgré les termes restrictifs de cette circulaire, M. Monod

put arriver au chiffre de 271 cas dans lesquels toute condamnation eût pu être épargnée par une expertise médico-légale préalable.

Comme le fait justement remarquer M. Giraud, dans une note sur laquelle j'aurai à revenir, lue au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux 1895, et intitulée : *De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leurs condamnations*, ces 271 cas ne font pas double emploi avec les 255 observations de M. Paul Garnier, à Paris, pour la même période quinquennale. D'après les documents que nous avons ainsi entre les mains, le nombre des aliénés qui eussent évité une condamnation, si leur état mental avait été reconnu à temps, dépasserait en France 500 pour une période de cinq ans. L'opinion publique peut être émue d'un pareil nombre d'erreurs judiciaires. »

M. Monod estime que ce chiffre de 271 cas est inférieur à la réalité. Aux raisons très plausibles qu'il donne de cette assertion on peut en ajouter une autre : La pension d'un certain nombre d'aliénés entrés dans les asiles, postérieurement à une condamnation, et transférés d'une prison, est payée par le Ministère de l'Intérieur. Les directeurs d'asiles consultés par M. Monod avaient ainsi une liste d'aliénés condamnés toute faite et ce doit être dans cette liste qu'ils ont cherché les aliénés méconnus. A côté de ceux-là il y en avait donc vraisemblablement d'autres dont les aventures judiciaires eûssent nécessité de longues et difficiles recherches [1] qui ont peut-être pu être faites dans quelques asiles, mais certainement pas dans tous.

Les maladies mentales dont les sujets étaient atteints se répartissent comme suit :

(1) Cf. Chambard. — *De l'instruction des affaires etc., loc. cit.*

Démence	20
Paralysie générale	58
Alcoolisme chronique	4
Imbécillité	8
Idiotie	2
Délire de persécutions	10
Manie, excitation maniaque	16
Lypémanie, mélancolie, dépression mélancolique	12
Epilepsie et hystérie	21
Alcoolisme	7
Dégénérescence mentale	16
Débilité mentale, faiblesse intellectuelle	65
Délire chronique	2
Renseignements non fournis sur le caractère de l'aliénation mentale	30
Total	271

Les chiffres de ce tableau sont d'accord avec les données fournies par la clinique. La plus grande partie des condamnations frappent les sujets classés sous les rubriques : dégénérescence mentale, faiblesse intellectuelle, auxquels il faut probablement joindre une partie des persécutés et des excités maniaques du tableau.

Viennent ensuite les paralytiques généraux.

Si l'on peut, presque à coup sûr, affirmer que pour ces derniers l'infraction qui a entraîné leur condamnation a été commise sous l'influence de la maladie mentale, on ne peut être aussi affirmatif pour les autres, quelles que soient les conditions restrictives de l'enquête et la conscience avec laquelle on s'y est conformé. Bien que les états dont il s'agit soient des états mentaux permanents, l'infraction n'en est pas toujours la conséquence indiscutable. On est donc obligé de faire quelques réserves pour ces malades comme pour tous ceux du même genre signalés par les auteurs.

En 1896, sous l'inspiration de M. Régis, le D[r] Ferris

écrivait sa thèse (1) qui contient de très intéressantes observations de dégénérés, d'hystériques, d'épileptiques condamnés par des tribunaux militaires sans expertise préalable, sujets dont l'état mental, remontant sûrement à l'époque de l'infraction, puisqu'il était leur état habituel, avait été absolument méconnu et entraîna plus tard l'internement. Cette thèse était la justification de ce qu'avait dit au Congrès de Bordeaux M. Régis, à la suite d'une communication de M. le Dr Challan de Belval (2). M. Régis exprimait le regret « que l'expertise médicale ne soit pas réellement organisée devant les tribunaux militaires comme elle l'est devant les tribunaux civils et qu'on n'y fasse pas appel, dans les cas nécessaires, à des experts spéciaux, dans l'intérêt même de la justice et de la vérité. Lorsqu'il s'agit d'un inculpé, peut-être irresponsable, il doit y avoir partout place pour la science, comme il y a partout place pour la défense » (3).

Ces travaux avaient eu des précédents. Un autre élève de M. Régis, le Dr Lacausse (4), avait, en 1889, rapporté des faits du même genre, et en 1886, M. Max-Simon (5), avait écrit : « Je dirai un mot des militaires atteints d'épilepsie larvée ou à attaques nocturnes et des faits répréhensibles dans ces malades, en dehors des actes véritablement criminels dont ils sont susceptibles, se rendent assez souvent coupables. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de recevoir dans mon service des aliénés de ce genre. Les uns s'étaient livrés vis-à-vis de leurs chefs à des actes d'agression sous l'influence d'impulsions irrésistibles ; d'autres, par suite d'obtusion intellectuelle liée à la terrible affection dont ils étaient atteints, avaient commis, au point de vue du service ou de la discipline, des manquements de toute

(1) L. Ferris. — *Responsabilité et justice militaire.* —Th. Bordeaux, 1896, n° 18.

(2) Challan de Belval. — *Conséquences médico-légales de l'épilepsie dans l'armée.* — Congrès de Bordeaux, 1895.

(3) Régis.— Discussion. *Ibid.* p. 235.

(4) Lacausse. — *Les dégénérés psychiques étudiés spécialement au point de vue militaire.*— Th. Bordeaux, 1889. n. 60.

(5) Max-Simon. — *Crimes et délits dans la folie,* 1886.

sorte et avaient été l'objet de continuelles punitions. Regardés comme des indisciplinés, encore comme des simulateurs, quands ils accusent des accidents très réels que l'attention des médecins insuffisamment éveillée ne permet pas de rapporter à leur véritable cause, ces malheureux éprouvent les plus pénibles déboires et leur vie est une odyssée misérable dont la sale de police, le conseil de guerre, la prison, l'infirmerie, la réintégration au corps sont les bizarres et pénibles étapes plusieurs fois parcourues. »

Le dernier travail enfin émane de MM. Vigouroux et Colin [1]. Il porte sur des malades observés à Gaillon et à l'asile d'Evreux, dont beaucoup ont subi des condamnations, antérieurement à l'infraction qui a amené leur placement dans ces asiles. 24 de ces malades sur 36 observations que comporte le mémoire sont ou à Gaillon ou à Evreux, transférés de Gaillon. C'est dire qu'ils ont été regardés comme responsables. La plupart sont des dégénérés violents, les autres des épileptiques ou des persécutés, dont quelques-uns ont été suivis jusqu'à la démence terminale ; il y a également parmi eux un paralytique général [2].

A ces faits, M. Monod pourra sans doute en joindre d'autres, car il vient en effet de reprendre son enquête dans des conditions analogues à celles exposées dans sa note de 1894. Il a bien voulu me communiquer le texte de la circulaire qu'il a adressée aux directeurs d'asiles publics d'aliénés, et sera sûrement en état de fournir à la cause qu'il a faite sienne de nouveaux documents.

Voici cette circulaire :

Paris, le 11 février 1899.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Le Xme Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes qui se réunira à Marseille, au commencement du mois d'avril prochain, doit traiter la question des « aliénés méconnus et condamnés. »

(1) Vigouroux et Colin.— *La question des aliénés criminels.*— Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Toulouse, 1897.

(2) Adde. R. Béra.—*Etude sur les aliénés processifs.*— Th. Toulouse 1898, *plusieurs cas de persécutés processifs méconnus et condamnés.*

L'importance de ce sujet qui avait déjà fait l'objet d'un rapport au Congrès tenu à Clermont-Ferrand, pendant l'année 1894, me crée le devoir de rechercher les renseignements qui seraient susceptibles de fournir à cet égard des éléments d'appréciation basés sur l'observation des faits.

Je vous serai en conséquence obligé de m'envoyer, dans le plus bref délai possible, des indications sur les faits nouveaux survenus depuis l'année 1890, et analogues à ceux qui ont été portés à ma connaissance, à la suite d'une circulaire en date du 23 juin 1894, dont je crois utile de vous rappeler ci-après les termes :

(Suit le texte de cette circulaire).

J'attacherais un grand prix à recevoir votre réponse avant le 20 mars prochain, au plus tard.

Agréez, etc.

Le Conseiller d'Etat, Directeur de l'assistance et de l'hygiène publique,
H. MONOD.

Tels sont, jusqu'à présent, les travaux d'ensemble sur la question. Leur lecture est impressionnante et, étant donnés la valeur des recherches et le nom de leurs auteurs, elle entraîne la conviction et suffirait à elle seule à l'imposer indéniablement, sans même qu'il fût besoin d'y joindre les faits isolés que j'ai relevés dans les travaux de la période antérieure, travaux qui la fortifient cependant encore, puisqu'ils n'ont pas été faits spécialement pour la question et qu'ils arrivent pourtant aux mêmes constatations.

Les chiffres donnés, surtout, ont leur éloquence. Ce total de cinq à six cents condamnations frappant des aliénés pendant une période de cinq années, étonne douloureusement. Peut-être conviendrait-il, pour en apprécier exactement la valeur et en adoucir un peu, en faveur du progrès social, la triste signification, de le mettre en regard, non pas même du chiffre des affaires jugées, mais seulement des ordonnances ou des arrêts de non-lieu rendus pour cause d'aliénation mentale pendant la même période ! Peut-être aussi ferait-on bien de remarquer qu'une notable partie des condamnations infligées dans ces conditions frappent des êtres sur le degré de responsabilité desquels on n'est pas encore absolument fixé, que, pour beaucoup de ces sujets, la condamnation à quelques jours, quelques

mois, voire quelques années de prison, est préférable, à leur point de vue particulier tout au moins, à la séquestration à perpétuité dans un asile, cet asile fût-il spécial et que la séquestration perpétuelle est, pour eux, le seul moyen d'éviter l'éventualité de semblables condamnations, tandis que les condamnations d'aliénés indiscutables et dignes du plus vif intérêt, tels que des paralytiques généraux, des déments, des persécutés sont moins nombreuses.

Il n'en est pas moins vrai que ces faits existent et qu'il s'agit là d'un état de choses regrettables qu'il importe de faire cesser de toute façon ; je suis donc amené à formuler, sous la réserve des faits nouveaux qui pourront être produits au cours de la discussion, un premier groupe de conclusions :

1° Malgré les progrès de l'étude des maladies mentales, malgré une entente de plus en plus cordiale de la médecine légale et des juridictions de répression, malgré les efforts combinés des médecins et des magistrats, efforts sinon parfaits, du moins très sincères, pour la recherche et la détermination de la responsabilité des inculpés, on constate encore dans ces dernières années la condamnation d'aliénés indiscutables, tels que des paralytiques généraux, des déments, des persécutés, des imbéciles, etc. Ces faits regrettables paraissent faciles à éviter et doivent l'être à l'avenir ;

2° On constate aussi les condamnations d'un groupe d'individus, porteurs de tares psychiques, susceptibles certainement de commettre des infractions sous l'influence nette de ces tares ou d'un délire surajouté, mais capables aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique et même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes comme d'un moyen de dégager ultérieurement leur responsabilité. On ne peut donc déduire d'une façon formelle, du seul fait que les antécédents de ces individus comportent des condamnations ou des internements dans les asiles antérieurs ou postérieurs à ces condamnations, qu'ils étaient aliénés au moment de l'infraction, et que, par suite, la condamnation a

fatalement frappé un aliéné méconnu. Tout au plus peut-on présumer, de ce fait, que leur responsabilité était douteuse ;

3° En tout cas, les médecins, les magistrats et le législateur ont le devoir de rechercher et d'appliquer tous les moyens propres à empêcher à l'avenir les condamnations pour infractions nettement symptomatiques d'un état quelconque d'aliénation mentale et à faciliter la critique médico-légale des infractions épisodiques commises par des individus à antécédents pathologiques douteux, de façon qu'on n'ait plus à regretter de voir punis des aliénés criminels ou délinquants dans les cas où la maladie mentale est la cause indiscutable de l'acte incriminé.

DEUXIÈME PARTIE

Les moyens d'éviter les condamnations d'aliénés

Il n'est jamais suffisant de constater un mal ; si faible fût-il, il faudrait encore en chercher les remèdes. Toute étude médicale, et c'est l'honneur et la raison d'être de la médecine, comporte essentiellement non seulement un chapitre de symptomatologie, mais encore des conclusions thérapeutiques et surtout des indications prophylactiques.

C'est ce qu'ont compris tous ceux qui, de près ou de loin, par des points de détail ou dans des recherches d'ensemble, ont touché à la question des aliénés méconnus et condamnés, et il n'en est pas un seul qui ait failli au devoir de signaler à l'attention du législateur les mesures qu'il croyait propres à supprimer ou à atténuer les inconvénients et les abus en cette matière. C'est un exemple à suivre et l'examen succinct de ces mesures ne sera sans doute pas taxé de longueur inutile.

M. Motet [1] avait dit : « Il n'est pas douteux que des erreurs

(1) Motet. — Congrès d'Anthropologie crimin. de Bruxelles.

inévitables se produisent au sujet des prévenus jugés trop rapidement. Mais qu'est-ce que le nombre de ces erreurs si on le rapproche du nombre des affaires jugées ?

« Les conséquences de ces erreurs ne paraissent d'ailleurs pas graves. Il peut arriver qu'un paralytique général soit absolument méconnu ; mais si cet individu aliéné est reconnu tel dans les trois ou quatre jours qui suivent sa condamnation, y a-t-il donc pour lui grand dommage ? »

Si l'on veut bien remarquer qu'il y a dans ces deux objections un aveu implicite de la possibilité et même de l'existence des abus qui ont attiré l'attention des criminalistes et que M. le Docteur Motet se borne, sans nier le fait, à en atténuer les conséquences, c'en sera assez pour admettre avec M. Monod [1] les considérations par lesquelles il réplique :

« Je ne pense pas qu'on doive raisonner ainsi, répond-il à la première objection. L'honneur des familles n'est pas une denrée qui se prête à de pareilles moyennes. »

Et la seconde, il la repousse en disant :

« L'on semble oublier que le casier judiciaire subsiste, que lors même que l'aliéné est incurable, cette inscription reste une tare pour la famille, que d'ailleurs le malade n'est pas toujours incurable, que lorsqu'il guérit, il rentre dans la vie ordinaire avec cette marque infamante qui l'empêchera sans doute de trouver un travail régulier dans des conditions normales et le maintiendra dans une situation favorable aux rechutes. »

On ne peut donc que s'associer à son généreux mouvement quand il ajoute : « Non, il ne faut pas prendre facilement notre parti d'un état de choses qui produit de telles conséquences ; il faut l'examiner avec le désir sincère, je dirai presque le désir passionné de le faire cesser. L'on trouvera certainement de l'appui auprès de la magistrature qui ne déplore pas moins que nous ces erreurs, qui serait aussi heureuse que nous de trouver les moyens de les éviter. »

(1) Monod. — Note, *loc. cit.*

Ces considérations suffisent à motiver la deuxième partie de ce rapport et en seront à la fois la raison d'être et l'excuse.

Toute étude de thérapeutique et d'hygiène est dominée par des recherches étiologiques. Notre question n'échappe pas à cette loi et il est important de se demander quelles sont en pratique les causes directes du mal que nous constatons, autrement dit pourquoi les tribunaux sont exposés actuellement encore à condamner des aliénés. Voici ce qu'a bien voulu me répondre à ce sujet un magistrat, journellement et depuis longtemps aux prises avec les difficultés de la pratique actuelle, chargé plusieurs fois du service des aliénés au Parquet, M. G. Vallet, substitut du Procureur de la République à Lyon :

« Les questions qui me sont posées sont parmi les plus troublantes de l'humanité. L'effroyable problème de la responsabilité que le déterminisme moderne —en formelle opposition avec les doctrines philosophico-religieuses de nos codes —résout par un utilitarisme social à la fois féroce, puisqu'il élimine l'intention et commode, puisqu'il dispense le juge d'apprécier, laisse subsister je ne sais quelle émouvante terreur dans l'âme de ceux qui ont pour mission de frapper. Aussi quelle incohérence dans la pratique, quelles divergences dans les appréciations, quel manque d'harmonie de magistrat à magistrat dans le maniement de l'action publique! Le préteur romain n'est pas mort et chacun de nous pourrait, en entrant en charge, être contraint de renseigner le justiciable — cette chair à poursuites—sur la façon dont il se dispose à manipuler la matière humaine.

« Au moment où une infraction se réalise qu'est exactement l'état psychique de l'agent ? Le plus souvent il cède à un désir, à un besoin, à une impulsion. Pour savoir si sa force d'inhibition était suffisante il faudrait connaître à la fois l'intensité du mobile et la quantité de résistance. Or, ces deux termes de l'équation sont-ils déterminables ? »

Ces lignes montrent bien à quelles préoccupations est livré

l'esprit du magistrat en face d'un inculpé dont il pèse la responsabilité. M. Vallet ajoute :

« En pratique,— et Dieu sait ce qu'elle vaut — voici ce qui se passe :

Toute personne est légalement présumée jouir de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Jamais on ne procède à un examen médical, à moins que :

1° Le procès-verbal ne soulève un doute ou ne signale des faits étranges sur l'attitude du prévenu — ce que les commissaires de police font d'ailleurs rarement ;

2° Le prévenu lui-même, dans son interrogatoire, se prétende aliéné ;

3° Les parents ne sollicitent une intervention médicale;

4° D'office, le magistrat du Parquet n'éprouve des doutes. Or, dans le torrent d'affaires qui nous passent sous les yeux,il est en fait matériellement impossible d'avoir le temps d'en avoir. Et puis il y a là un coefficient personnel variable pour chacun de nous.

« Le plus grand nombre des affaires correctionnelles viennent devant les juges *par la voie de la citation directe*, sans passer par l'instruction ou même par le petit parquet. A Lyon, sur les 4.500 affaires qui passent en correctionnelle, 3.000 environ appartiennent à cette catégorie. Il y a environ 1 détenu sur 4 inculpés. Pour les prévenus en liberté provisoire, comment organiser en pratique l'examen préalable ? »

Cet exposé très précis répond clairement à notre question : Comment se fait-il qu'il y ait encore, à la fin du XIXe siècle, des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux ?

La première raison c'est la présomption légale de l'intégrité des facultés intellectuelles de l'inculpé [1]. C'est une

(1) Art. 64. 66 à 72 Code Pénal.— R. Garraud.— *Précis de Droit criminel. 1892.*

doctrine admise partout, et notamment en Angleterre : Tout individu doit être supposé par les jurés sain d'esprit et capable de répondre de ses actes, *jusqu'à preuve du contraire.*

Sans vouloir toucher au côté philosophique et social de la question, il me semble que quelques-unes de nos erreurs seraient évitées si la présomption d'intégrité des facultés intellectuelles était réservée au domaine du droit civil, et si, en droit criminel, les magistrats étaient plutôt portés à regarder les infractions comme le résultat d'états anormaux et à faire d'abord trancher la question préjudicielle de sanité d'esprit.

La deuxième raison est très forte : Le magistrat, porté doctrinalement à croire l'inculpé sain d'esprit, n'a pas, en fait, pressé qu'il est par la multiplicité des affaires, le temps matériel d'avoir des doutes sur l'intégrité mentale des milliers de prévenus qui lui passent sous les yeux. Certaines exigences du droit idéal sont, en effet, au-dessus des forces humaines ; mais ne peut-on soulager sur ce point le magistrat ?

M. Vallet, en constatant les lacunes de l'instruction, indique implicitement le moyen de les combler.

Les commissaires de police pourraient fort bien signaler dans leurs procès-verbaux les faits étranges qui les frappent, cela ne surchargerait pas beaucoup leurs rapports. C'est à une mention de ce genre qu'une malade du service a dû d'être examinée et d'éviter une quatrième condamnation.

Je passe sur les sollicitations du prévenu et des parents demandant une expertise médicale. Il est probable que ces sollicitations vont devenir plus fréquentes. *La loi des 8-10 décembre 1897, modifiant l'instruction préalable en matière de crimes ou de délits* [1], a ajouté des garanties à celles existant déjà. En elle-même, la loi n'a rien modifié. Le juge d'instruction peut seulement être sollicité par le défenseur qui assiste le prévenu ou même par le Procureur au moment du communiqué d'avoir à se renseigner sur l'état mental.

(1) Loi du 8-10 Décembre 1897, Art. 3.

« L'avocat pourra éclairer son client sur l'opportunité d'une mesure d'instruction, par exemple d'un examen médical [1] », et il est probable qu'il y faillira rarement.

Cette sollicitation de l'avocat me paraît bien être de celles que prévoit le Garde des Sceaux dans sa circulaire à MM. les Procureurs généraux du 10 décembre 1897 : « A partir du moment où il est choisi ou désigné, le conseil est mis en mesure de prêter à son client un concours actif et toujours éclairé. »

Comment mettre maintenant les magistrats, d'une part, et les avocats, de l'autre, en état d'apprécier l'opportunité de certaines mesures.

M. Monod demandait dans son mémoire « que les juges d'instruction possédassent certaines notions indispensables pour discerner l'opportunité d'avoir recours à un examen médical, et il rapportait ce qu'avait dit, au deuxième Congrès d'Anthropologie criminelle, un membre des plus distingués de la Cour de Paris, M. Sarraute : « Si le juge d'instruction ordonne des expertises, il faut bien qu'il soit à même d'en juger les résultats par des connaissances spéciales » [2].

Je rappelle encore la remarquable communication de M. Delcurrou [3].

« La magistrature, qui constate l'insuffisance de la préparation des générations actuelles à ces graves questions, voudrait que *l'étude de la Folie*, considérée dans ses rapports avec la législation pénale et civile, *fût désormais organisée dans les Facultés de Droit*. Cet enseignement complèterait très utilement la réforme qui a été réclamée ce matin par M. le professeur Joffroy. »

Et il ajoutait : « La magistrature actuelle n'affecte aucun dédain, aucune méfiance à l'égard de l'expertise. L'expertise

(1) G. Vallet.— *Commentaire pratique sur la loi des 8-10 décembre 1897 modifiant l'instruction préalable en matière de crimes ou délits.*— Paris 1898.

(2) Sarraute.— Cité par le Dr Paul Garnier.—Congrès de Bruxelles, p. 167 du Compte-rendu.

(3) Delcurrou.— Comm. au Congrès de Bordeaux. *Loc. cit.*

est maintenant de pratique constante ; elle fonctionne normalement. Pourquoi *ne serait-elle pas déclarée obligatoire* par la loi, au même titre que l'interrogatoire, lorsqu'il s'agit d'interdiction et la vérification d'écritures, lorsqu'une pièce est arguée de faux. »

Cet enseignement, demandé par des voix aussi autorisées peut être facilement organisé. Il est bien dans l'esprit scientifique moderne qui veut fusionner toutes les branches de l'enseignement supérieur. Je me bornerai à mentionner ce qui se fait à Lyon. A la Faculté de Droit, M. le professeur Lacassagne fait, chaque année, durant le semestre d'été, un cours de médecine légale. Le regretté docteur Coutagne qui alternait avec lui dans la charge de ce cours, avait fait à cette Faculté des leçons remarquables (1). Nous avions nous-même combiné avec ce dévoué médecin, sur les indications et avec le concours de M. le professeur Pierret, un programme d'enseignement dont les leçons théoriques auraient été faites à la Faculté de Droit et les études cliniques, à l'Asile de Bron. M. le Doyen de la Faculté de Droit Caillemer, toujours prêt à seconder de tout son pouvoir toutes les tentatives heureuses d'enseignement, avait accueilli ce projet avec quelque faveur. La douloureuse maladie et la mort de M. Coutagne l'ont interrompu, mais il ne demande qu'à être repris, et ainsi, les étudiants en droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs pourraient acquérir certaines connaissances qui leur permettraient, en attendant l'expertise obligatoire désirée par M. Delcurrou, de déterminer avec plus de sûreté les cas où cette expertise doit être demandée et d'éviter ainsi « quelques conflits qui seraient profondément regrettables et seront facilement évités si le défenseur et le juge sont bien pénétrés de cette pensée qu'ils collaborent à une œuvre commune et que leurs efforts réunis doivent tendre à la manifestation rapide et éclatante de la vérité (2).

(1) H. Coutagne. — *La folie au point de vue judiciaire et administratif.* — Leçons faites à la Faculté de Droit de Lyon, pendant l'année 1887-88.

(2) Circulaire du Garde des Sceaux, *Loc. cit.*

M. Monod qui a dressé dans sa note un véritable programme pour l'étude des remèdes à apporter à la situation, en a indiqué un deuxième :

« Un autre moyen, dit-il, serait de rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires. Certains tribunaux ayant à leur portée des experts qui leur inspirent confiance évitent presque complètement les erreurs. Comment étendre à tous les tribunaux le bénéfice d'une situation si favorable au bon fonctionnement de la justice ? »

La solution me paraît encore liée à celle de l'enseignement des maladies mentales [1] pour les étudiants en médecine cette fois. Que ces étudiants aient plus de facilités pour s'instruire, que les cliniques de maladies mentales soient traitées, à tous les points de vue, comme les autres cliniques, qu'on y envoie des stagiaires, si possible, qu'il y ait un examen obligatoire sur les maladies mentales, et en peu de temps il n'y aura plus de tribunal qui ne puisse trouver dans son ressort un expert capable d'examiner, ou tout au moins de visiter les prévenus au point de vue mental et de lui rendre des services appréciables. L'internat des asiles, de plus en plus recherché, contribuera aussi à peupler le pays de médecins éclairés. Les anciens internes d'asiles ne deviennent pas tous aliénistes de carrière ; beaucoup font de la clientèle ordinaire et pourront être choisis par les tribunaux auxquels ils offriront de sérieuses garanties.

L'expertise pourrait-elle être exigée dans tous les cas ?

M. Delcurrou le désire. M. P. Garnier, M. Régis, MM. Pactet et Ferris, tous les aliénistes probablement le demandent et cela ne paraît pas impossible.

A ne reprendre que le chiffre des 4.500 affaires annuelles de Lyon, c'est une moyenne de 12 affaires par jour. L'examen

(1) Joffroy. — *Discours d'ouverture du Congrès de Bordeaux, 1895.*
P. Garnier. — *Internement des aliénés.* Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, à Nancy. 1896.

médical préalable ne paraît pas au-dessus des forces de quelques experts. Il s'agit en somme bien plus d'une visite que d'une véritable expertise, suffisante pour reconnaître des paralytiques généraux, des déments, des maniaques, des idiots et même des persécutés [1]. Nous avons vu que cet ensemble de malades formait près de la moitié du chiffre total des erreurs relevées. Eviter ces erreurs grossières sera it déjà un beau résultat.

Pour les autres cas, de diagnostic plus difficile, la simple visite ne suffirait peut-être pas à l'expert. Mais elle pourrait déjà lui inspirer des doutes; il serait mieux placé que le juge pour en avoir et demander au besoin un supplément d'expertise.

M. Delcurrou a dit : la magistrature actuelle n'affecte aucun dédain, aucune méfiance à l'égard de l'expertise ; M. Giraud [2], M. Langlois [3], constatent également que les cas où les magistrats s'écartent de l'opinion des experts désignés par eux pour examiner l'état mental des accusés sont une véritable exception.

S'il en est ainsi, avec un examen préalable, suivi au besoin d'une expertise en règle, l'effort simultané des médecins et des magistrats ne peut-il pas supprimer une bonne partie des faits regrettables dont tous désirent la disparition ?

Il faudra, par exemple, comme le remarque encore M. Monod, inscrire dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux. « Il peut arriver, dit-il, qu'un magistrat fasse condamner un malade parce qu'il apparaît à ce magistrat que c'est le seul moyen de défendre la société et même de faire soigner le malade. »

Et il cite le fait suivant : un individu poursuivi en 1886 pour coups donnés à sa mère est reconnu irresponsable ; il

(1) Cfr. Pactet. — Thèse. *Conclusion V.*

(1) S. Giraud. — *Revue de Méd. lég. Les attentats contre les personnes. Ann. Méd. Psych.* 1884.

(2) Langlois. — *Folie simulée et aliénés dits criminels.*

bénéficie d'une ordonnance de non-lieu. Mais l'autorité administrative, qui eut dû être avisée, qui l'a peut-être été, le laissa en liberté. L'année suivante, il est poursuivi pour vol : nouvelle ordonance de non-lieu ; nouvelle inaction de l'autorité. La troisième fois, en 1889, comme il était pousuivi pour coups et blessures, le ministère public demande au Tribunal de lui appliquer une peine assez forte pour qu'il doive la faire au chef-lieu du département. Là, dit-il, il sera encore visité et, si le diagnostic d'aliénation est confirmé, il sera transféré dans un asile.

Autre fait : un individu ayant des antécédents héréditaires morbides et qui depuis longtemps s'était fait remarquer par des actes inconséquents, des vols absurdes, etc., est traduit en cour d'assises pour trois tentatives de viol avec menaces de mort. Malgré le rapport du médecin-expert qui constate l'affaiblissement de son intelligence, il est condamné à deux ans de prison. Mais, à la prison. son état d'idiotie et d'irresponsabilité est si bien reconnu, que le directeur de la prison réclame sa grâce et l'obtient. L'autorité préfectorale a dû être consultée sur le recours en grâce. Que devait-elle faire ? Elle devait ordonner que le malade serait soigné dans un asile. Elle ne le fit pas, ou plutôt elle ne le fit qu'après que le malade, remis en liberté, eût, sans aucun motif, commis un double meurtre sur deux jeunes filles.

Je rapprocherai de ce fait le cas rapporté par M. Marandon de Montyel [1]. Dans une affaire de vols qualifiés commis pendant un accès de folie instinctive à marche paroxystique, par un individu atteint de vertiges épileptiques, les jurés, malgré l'abandon formel de l'accusation par le ministère public, à la suite de la déposition de M. Marandon de Montyel, et la demande faite par lui-même d'un acquittement, ont répondu affirmativement à toutes les questions posées et ont ensuite expliqué leur verdict par la crainte de renvoyer

(1) *L'affaire Jean Soulas,* par M. Marandon de Montyel. Encéphale 1894, p. 140.

dans sa commune un homme qu'ils reconnaissaient aliéné mais qui était la terreur de la population. Ils avaient ainsi commis sciemment une erreur judiciaire et trouvé sage de combler par une injustice une lacune de la loi.

Comment donner à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux ? C'est la question de l'*internement des aliénés dits criminels* qui vient se soulever tout naturellement ici, question à laquelle l'affaire Vacher a donné un regain d'actualité, la plupart des articles écrits à cette occasion exprimant des regrets sur l'absence d'asiles spéciaux pour les alienés criminels (1).

Je me bornerai toutefois à la mentionner et à dire ce que le projet de loi nouveau déposé par la Chambre des Députés propose de faire, car tout ce qu'on peut écrire sur ce sujet se trouve déjà condensé, en termes excellents, dans le rapport de M. P. Garnier au Congrès de Nancy (2) dont l'auteur regarde comme très heureusement inspirée la loi votée par le Sénat, portant création d'asiles spéciaux pour aliénés criminels, qu'il propose d'appeler « asiles de sûreté » et dans le rapport du Ve Congrès pénitentiaire international de Paris, 1895 (3), par M. Ballet qui désire réserver ces asiles pour y interner par jugement les fous moraux et certains autres délinquants ou criminels dont la responsabilité en justice est considérée comme atténuée (4). Je m'exposerais donc à des redites et il me suffira de rappeler qu'avec plus ou moins d'unanimité, les auteurs expriment deux désirs :

1° Donner à la magistrature le pouvoir de statuer d'office, sur la séquestration des criminels ou délinquants, déclarés

(1) Voir notamment P. Brousse. — *L'organisation des asiles à propos de l'affaire Vacher.* — *Revue de Pysch.* Oct. 1898.
Toulouse. — *Revue de Psychiâtrie.* Janvier 1899.
Art. *Progrès de Lyon*, 10 janvier 1899.

(2) P. Garnier. — *Internement des aliénés. (Thérapeutique et législation).* Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Rennes 1895.

(3) G. Ballet.—*Des mesures législatives contre lesdits délinquants irresponsables.*

(4) Ardin-Delteil. — *L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité.* Paris 1898.

irresponsables pour cause d'aliénation mentale, et d'intervenir dans leur sortie ;

2° Créer des asiles spéciaux de sûreté.

L'opinion générale est fixée en faveur du premier point. Elle hésite encore sur le second, bien que la très grande majorité des auteurs paraisse accepter la création des asiles spéciaux. Il y a seulement des dissidences sur les catégories d'aliénés à placer dans ces asiles. Tout le monde en écarte, avec la plus grande raison, les aliénés qui ont commis des infractions sous l'influence même de leur délire. On tend à les réserver pour les criminels devenus aliénés pendant qu'ils subissent leur peine et pour ces « *individualités douteuses*, évoluant toute leur vie dans une zône intermédiaire où ce n'est pas encore la folie et où ce n'est déjà plus la raison (1) ».

Le remède sera-t-il suffisant ? Ne sera-t-on pas obligé d'ouvrir, de temps en temps, les portes de ces asiles à ces individualités douteuses, les exposant ainsi à la reprise de leur vie antérieure et à de nouvelles condamnations ? Ne faudra-t-il pas les recommander à la surveillance de l'administration ou de sociétés de patronage, et celles-ci n'auront-elles pas une lourde charge avec quelques-uns de ces êtres pour qui le travail est le plus dur châtiment, ou bien les conduira-t-on dans des colonies agricoles intra ou extra-territoriales, pour essayer, si possible, d'en faire quelque chose. Je me borne, avec bien des auteurs, à poser la question ?

M. P. Garnier, dans le rapport où il paraît bien admettre l'existence de ces individualités douteuses, a reproduit les dispositions de la loi votée par le Sénat, qui visent le sort des aliénés criminels. Je pourrai imiter son exemple grâce à notre distingué confrère, M. le Député Dubief qui a bien voulu me faire parvenir son rapport à la Chambre des Députés sur la proposition de loi relative au régime des aliénés (2).

(1) P. Garnier.— *Internement des aliénés, loc. cit.*

(2) F. Dubief.— Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. F. Dubief, relative au régime des aliénés. Annexe au procès-verbal de la 1re séance de la Chambre des Députés du 23 décembre 1898.

Il a eu à se préoccuper des deux désirs mentionnés plus haut, et voici les articles qui y donnent satisfaction :

SECTION III. — *Des condamnés reconnus aliénés ; des aliénés dits criminels ; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale.*

ART. 36. — Les individus de l'un et de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire sont, après avis du médecin désigné par le procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté. Les autres condamnés aliénés sont dirigés sur l'asile départemental en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

ART. 37. — Est envoyé devant le Tribunal, en Chambre du Conseil qui, après avoir entendu le Procureur de la République, ordonnera son internement dans un asile ou un quartier de sûreté, si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sécurité ou sa guérison :

1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été, comme irresponsable, l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu ;

2° Tout prévenu poursuivi en police correctionnelle qui a été acquitté comme irresponsable à raison de son état mental ;

3° Tout accusé qui, par suite de son état mental, a été déclaré irresponsable et acquitté par le Conseil de guerre ;

4° Tout accusé traduit devant la cour d'assises, que le jury a déclaré irresponsable.

Le Tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement, ou par un arrêt de la Cour d'assises rendu en conformité du verdict déclarant l'irresponsabilité.

Le Tribunal, avant de statuer, est tenu d'ordonner une nouvelle expertise qui doit être contradictoire. La décision par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le Tribunal, en Chambre de Conseil, interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 39 ci-après jusqu'à la décision du Tribunal.

ART. 38. — En toute matière criminelle, le président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats, avertit le jury, à peine de nullité, que, s'il pense, à la majorité, que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable, il doit en faire la déclaration en ces termes :

« A la majorité, l'accusé est irresponsable. »

Cet article constitue une innovation importante. « La question, dit M. Dubief dans sa discussion des articles, peut prêter à des débats académiques solennels ; en fait, elle a moins d'importance, parce qu'il est vraisemblable que dans la plupart des cas, surtout avec l'instruction contradictoire, l'aliéné traduit en Cour d'assises arrivera rarement jusque devant le jury, l'expertise médicale presque toujours ordonnée dans les cas douteux, ayant, par avance, tranché la question de responsabilité ; et s'il est vrai qu'il appartient bien au jury de départager les experts, quand leurs conclusions contradictoires n'ont pas eu pour résultat d'arrêter les poursuites, on ne peut discuter que ce soit bien au médecin aliéniste qu'appartient, en pareil cas, la véritable compétence. »

Art. 39. — L'Etat fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés dits criminels, de l'un et de l'autre sexe, où seront conduits et retenus par les soins du Ministre de l'Intérieur, les aliénés dont l'internement aura été décidé par le Tribunal en Chambre de Conseil, statuant en conformité de l'article 37.

Art. 40. — Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

2° Les condamnés reconnus aliénés, dont il a été parlé à l'article 36, lorsqu'à l'expiration de leur peine, le Ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Les aliénés dont il est question dans les deux paragraphes précédents, seront immédiatement renvoyés devant le Tribunal en Chambre du Conseil qui statuera dans les formes prévues à l'article 37 sur leur maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

Art. 41. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 36, 37, 40, est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité, la décence et la tranquillité publiques ou sa propre sûreté.

La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au Tribunal, qui statue en Chambre du Conseil dans les formes prescrites par l'article 37.

Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du Conseil peut décider qu'il ne sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut se prolonger au-delà d'une année.

La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle.

Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil, d'après les circonstances de chaque cas particulier.

Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée, conformément aux dispositions prescrites par les articles 15, 28 et 37 de la présente loi.

Art. 42. — Lorsqu'un inculpé est présumé aliéné, l'expertise contradictoire prescrite en vue de déterminer son état mental peut avoir lieu, soit dans le quartier ou local d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice, conformément à l'article 29 de la présente loi, soit dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du Préfet, pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison par ordre du Préfet, aussitôt que le chef responsable en fait la demande au préfet, pour motif de sécurité ou autre motif valable.

Les articles 15, 28, et 29 auxquels renvoient les articles 41 et 42 ci-dessus sont ainsi conçus :

Art. 15. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le Maire ou le commissaire de police doit être requis d'assurer le transport. Le fonctionnaire ainsi requis doit procéder à l'exécution du placement, en prenant les précautions voulues pour éviter les accidents. Il dresse un procès-verbal des faits, et le transmet dans les vingt-quatre heures au procureur de la République.

Art. 28. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, le commissaire de police dans le ressort de la Préfecture de police, et les maires dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les

mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au Préfet qui statuera sans délai.

Art. 29. — Dans aucun cas, les aliénés dirigés sur un asile ne peuvent être ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison. Lorsque, pendant le voyage de transport, un arrêt est indispensable, le malade est déposé dans un hospice ou hôpital civil, ou, à défaut, dans un local loué à cet effet.

Dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, l'hospice ou l'hôpital civil, qui doit recevoir provisoirement les personnes qui leur sont adressées en vertu des articles 27 et 28, est tenu d'établir et d'approprier un local d'observation et de dépôt destiné à recevoir provisoirement les aliénés non encore internés, avant ou pendant leur voyage de transfert à l'asile et à recevoir les inculpés présumés aliénés qui seraient soumis, par décision de la justice, à une expertise médico-légale.

L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou locaux sont à la charge du département et confiés au Préfet.

L'article 37 prescrit une expertise qui sera *contradictoire* L'art. 42 reproduit le mot d'expertise contradictoire. Dans sa discussion des articles, M. Dubief insiste sur ce caractère nouveau et essentiel de l'expertise.

On sait que M. Cruppi, précisément président de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi Dubief, a, lui aussi, déposé récemment une proposition de loi relative à la réforme des expertises médico-légales.

Le principe essentiel de cette proposition est que la loi accorde au juge et au prévenu le droit de choisir respectivement un ou plusieurs experts égaux en droit et chargés de procéder ensemble aux opérations. En cas de conclusions opposées il y a lieu de recourir à un arbitrage, et M. Cruppi pense qu'il faut organiser un collège de superarbitres composé de sommités médicales et scientifiques et destiné à trancher les différends qui peuvent se produire entre experts.

M. Dubief semble dans certains cas, laisser ce soin au jury (cf. art. 37, al. 1-4° et art. 38 et discussion des articles).

Ainsi donc instruction contradictoire, avec son corollaire obligé, l'expertise contradictoire, obligation pour le jury de se prononcer sur la question d'irresponsabilité, intervention du

Tribunal en Chambre du Conseil dans toutes les mesures dont sont susceptibles les aliénés qui passent devant la justice, création d'asiles spéciaux, tel est l'ensemble des garanties données par la loi sur l'instruction criminelle combinée avec les propositions Dubief et Cruppi, à l'individu et à la société.

On peut encore y ajouter quelque chose :

Les mesures que nous venons de passer en revue ont pour but d'empêcher qu'un cas d'aliénation soit méconnu et suivi de condamnation.

Il faut supposer maintenant que, malgré les précautions prises, la condamnation a été prononcée et voir si l'on ne peut plus rien pour le malheureux ainsi injustement frappé.

C'est *M. Giraud* (1) qui a eu le mérite de soulever cette question. Dans un mémoire lu au Congrès de Bordeaux 1885, il a signalé deux cas où le jugement correctionnel condamnant des aliénés a été réformé par la Cour d'Appel, sur appel des condamnés, et un troisième où l'appel a été provoqué à la suite d'une entente entre le Préfet et le Procureur général. La procédure a été très simple et sans frais. Le délai d'appel qui est de dix jours pour les parties est, aux termes de l'art. 205 du Code d'instruction criminelle, porté à deux mois pour le procureur général. M. Giraud constate que dans la majorité des cas les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de leur condamnation sont transférés dans un asile dans les deux mois qui suivent le jugement. La condamnation, à ce moment, n'est pas définitive et la flétrissure morale infligée à tort disparaît quand le jugement est réformé.

A la suite de cette communication le Congrès a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes réunis à Bordeaux en 1895 émet le vœu que, par suite d'une entente entre le Ministre de l'intérieur et le Ministre de la justice, les aliénés subissant une condamnation et transférés de prison

(1) A. Giraud.— *De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après la condamnation.* — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux 1895.

dans un asile, soient mis sous la protection des Procureurs-généraux qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des tribunaux correctionnels à la Cour d'Appel.

« Le Congrès émet le vœu que la flétrissure imméritée subie par les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de la condamnation, soit effacée par l'appel, ce qui paraît possible dans la majorité des cas. »

J'ai eu l'occasion de rappeler un cas de M. Max-Simon où l'appel a également été suivi d'une ordonnance de non-lieu après expertise demandée par la Cour.

Enfin, une dernière situation a été envisagée. C'est celle que pourrait découvrir l'examen psychiâtrique dans les prisons. On sait que l'administration pénitentiaire belge a créé un service spécial de médecine mentale (1). Trois médecins aliénistes, nommés par l'Etat, se partagent le contrôle de douze prisons. Ils ont pour mission de soumettre à un traitement immédiat les cas récents d'aliénation mentale et d'appeler l'attention des gardiens sur les prisonniers dont l'état mental inspire des doutes.

Le service médical des prisons, chargé chez nous de missions de ce genre pourrait en outre avoir à étudier l'état des condamnés devenus aliénés, ou reconnus tels pour déterminer si l'aliénation mentale n'existait pas chez eux au temps de l'infraction et, le cas échéant, éclairer les Tribunaux chargés d'appliquer la nouvelle loi en vue d'un placement dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

Ainsi pourrait être, avant la condamnation, après la condamnation, mais dans le délai de l'appel et même après que la condamnation serait devenue définitive, protégée la situation des aliénés méconnus.

(1) J. Morel. — Mental Science 1893. — *Examen psychologique des prisonniers.*

CONCLUSIONS

Je termine cette étude en reproduisant les conclusions de la première partie et en y ajoutant celles qui découlent de la seconde :

I. — Malgré les progrès de l'étude des maladies mentales, malgré une entente de plus en plus cordiale de la médecine légale et des juridictions de répression, malgré les efforts combinés des médecins et des magistrats, efforts sinon parfaits, du moins très sincères, pour la recherche et la détermination de la responsabilité des inculpés, on constate encore dans ces dernières années la condamnation d'aliénés indiscutables, tels que des paralytiques généraux, des déments, des persécutés, etc. Ces faits regrettables paraissent faciles à éviter et doivent l'être à l'avenir.

II.— On constate aussi les condamnations d'un groupe d'individus, porteurs de tares psychiques, susceptibles certainement de commettre des infractions sous l'influence nette de ces tares ou d'un délire surajouté, mais capables aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique et même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes comme d'un moyen de dégager ultérieurement leur responsabilité. On ne peut donc déduire d'une façon formelle, du seul fait que les antécédents de ces individus comportent des condamnations et des internements dans les asiles, antérieurs ou postérieurs à ces condamnations, qu'ils étaient aliénés au moment de l'infraction et que par suite la condamnation a fatalement frappé un aliéné méconnu. Tout au plus peut-on présumer de ce fait que leur responsabilité était douteuse.

III.—En tout cas, les médecins, les magistrats et le législateur ont le devoir de rechercher et d'appliquer tous les

moyens propres à empêcher à l'avenir les condamnations pour infractions nettement symptomatiques d'un état quelconque d'aliénation mentale et à faciliter la critique médico-légale des infractions épisodiques commises par des individus à antécédents pathologiques douteux, de façon qu'on n'ait plus à regretter de voir punis des aliénés criminels ou délinquants dans les cas où la maladie mentale est la cause indiscutable de l'acte incriminé.

IV.—Ces moyens peuvent être préventifs ou réparateurs. Voici ceux qui ont été proposés jusqu'à présent.

A) Moyens préventifs :

1° Développement de l'enseignement des maladies mentales de façon à permettre à la plupart des médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance l'office d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation facile et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles;

2° Extension de cet enseignement aux étudiants des Facultés de Droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs, de façon à les mettre en état de mieux reconnaître les cas dans lesquels un doute peut planer sur l'intégrité des facultés intellectuelles des prévenus ;

3° Organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever dans les autres cas des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse ;

4° Garanties données à la société et aux individus par trois ordres de mesures ;

a) Expertises contradictoires ;

b) Intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés ;

c) Nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés ;

d) Création des asiles de sûreté, sous différentes réserves, notamment sous celle que le placement n'y sera effectué que sur avis médical motivé et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant.

Tous ces moyens ont pour but *d'empêcher* la condamnation d'un aliéné.

B) Moyens réparateurs :

1° Lorsque cette condamnation s'est produite, réformation du jugement par la voie de l'appel, et action d'office des procureurs généraux qui jouissent dans ce but d'un délai exceptionnel de deux mois ;

2° Quand enfin la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiâtrique des prisons, pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

CONGRÈS
DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE

SÉANCE DU MARDI 4 AVRIL
à 2 heures de l'après-midi

M. Ritti, au nom de M. Motet, Président du Congrès d'Angers, qui s'est excusé par lettre de ne pouvoir se rendre au Congrès de Marseille, installe M. Doutrebente en qualité de président.

Le Congrès procède à l'élection des Présidents d'honneur, Vice-présidents et Secrétaires des séances.

Le Président donne lecture des lettres par lesquelles MM. Brouardel, Brunet, Christian, Devay, Magnan, Meilhon, Nolé, Paris, Pitres, Pons, Raffegeau et Voisin, membres adhérents, s'excusent de ne pouvoir assister au Congrès.

MM. Arnaud, Ballet, Joffroy, Régis et Ritti sont, à l'unanimité, nommés membres de la Commission chargée du choix des questions et des rapporteurs du Congrès de 1901.

Sur la demande de M. Doursout, Directeur-Médecin de l'asile de Naugeat, Limoges est choisie comme siège du congrès de 1901.

Le Président, avant de donner la parole au rapporteur de la 1re question, M. le Dr Anglade adresse des remerciements au Dr Livon, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, qui a bien voulu, avec tant de bonne grâce et de cordialité

nous ouvrir toutes grandes les portes de l'Ecole. « Au nom de tous les membres du Congrès, je lui adresse publiquement l'expression de notre gratitude pour le service incomparable qu'il veut bien nous rendre. »

M. le Dr Anglade fait le résumé de son rapport.

Discussion

M. Vallon proteste contre l'interprétation que lui prête le rapporteur de la pensée de Cotard au sujet du délire des négations. Il pense que Cotard ne considérait le délire des négations que comme une phase de l'évolution du délire mélancolique, il n'a pas dit que Cotard considérait ce délire comme une entité morbide. Du reste Cotard n'admettait pas un seul, mais plusieurs délires chroniques.

M. Vallon trouve que M. Anglade n'a pas suffisamment insisté sur la différence radicale qui sépare les délires systématisés secondaires à la manie et ceux consécutifs à la mélancolie. Dans les premiers, le délire se réduit à quelques idées qui restent seules du délire primitif ; tandis que chez les mélancoliques, il y a une véritable systématisation qui se fait par une évolution lente et progressive.

Enfin dans son rapport, M. Anglade avance que l'Ecole française admet que le délire chronique évolue uniquement sur un terrain normal ; c'est là l'opinion de M. Magnan, or cette opinion a été vivement combattue à la Société médico-psychologique par MM. Ball, Falret, Séglas, Doutrebente ; M. le Dr Magnan ne représente pas à lui seul toute l'Ecole française ; et même sur cette question tous les élèves de M. Magnan ne sont pas d'accord avec leur maître. Ainsi M. le Dr Legrain a admis que des délires systématisés progressifs pouvaient évoluer sur des terrains dégénératifs, et ce faisant, il s'est tout simplement conformé à la vérité clinique.

M. Régis. — Il est peut-être superflu, après les applaudissements si mérités qui l'ont accueilli tout à l'heure, de féliciter à nouveau M. Anglade de son remarquable rapport.

Vous me le permettrez cependant, car je suis trop heureux d'apporter ici mon tribut public d'éloges à un ancien élève, devenu en bien peu de temps un des meilleurs travailleurs du corps médical de nos Asiles français, et resté pour moi un excellent ami.

Il y a bien longtemps, de longues années déjà, que la question des délires systématisés secondaires m'intéresse.

Lorsque au début de 1883, je devins médecin d'une maison de santé, je voulus faire connaissance avec chacun de mes malades et les classer à leur rang dans le cadre nosologique. Or, quelques-uns d'entre eux, les plus anciens, pensionnaires de l'Etablissement depuis 30 ou 40 ans, m'embarrassèrent fort. Ils se présentaient à moi avec le délire ambitieux des fous systématisés, si bien qu'au premier abord, je les pris pour tels. Mais leur histoire morbide et certaines particularités de leur état mental et moral me montrèrent vite qu'il s'agissait là de vieux maniaques ayant lentement versé dans la mégalomanie. C'est ainsi que j'appris à connaître les délires systématisés terminaux des psycho-névroses, que les travaux italiens sur la paranoïa secondaire parus à cette époque éclairèrent pour moi d'un nouveau jour.

Dès ce moment, je fus tellement pénétré de l'intérêt de cette question que je n'ai pu m'empêcher de décrire brièvement dans la deuxième édition de mon Manuel, en 1892, les délires systématisés post-maniaques et post-mélancoliques et de signaler la nécessité de les étudier de façon spéciale, comme à l'étranger (1).

Les courtes descriptions auxquelles je fais allusion montrent que non seulement j'ai indiqué là les délires systématisés post-maniaques et post-mélancoliques, avec leurs principaux caractères, mais encore qu'en ce qui concerne ces derniers, j'en ai admis deux variétés : le délire systématisé secondaire à la mélancolie dépressive (délire de persécution ou religieux) et

(1) E. Régis.— *Manuel pratique de médecine mentale*, 2me édition, p. 175 et 197.

le délire systématisé secondaire à la mélancolie anxieuse, qui est le délire de négation de Cotard.

Si j'ai rappelé ces faits, c'est pour montrer qu'il n'est pas tout à fait exact, ainsi que le dit M. Anglade dans son historique, qu'à aucun moment, la doctrine des délires systématisés n'a été envisagée en France, jusqu'à ce jour.

Pour rester sur le terrain des considérations générales, j'aurais encore à discuter avec le Rapporteur la question des diverses théories pathogéniques du délire systématisé secondaire, en particulier celle de la constitution paranoïenne des auteurs italiens, qu'il s'est si bien efforcé de mettre en lumière et à laquelle il se rallie au moins en principe. Mais il s'agit là de problèmes purement théoriques, pour la solution desquels on est forcé d'admettre sans preuves suffisantes au point de départ, comme par exemple cette chose vague et confuse d'une constitution paranoïenne qui tantôt existerait primitivement et exclusivement, tantôt conjointement avec une constitution psycho-névrotique et tantôt serait due à celle-ci. Il est clair qu'avec de telles prémisses tout s'explique ; mais qui ne voit combien la part de l'hypothèse est grande dans l'édification de cette théorie !

J'aime donc mieux faire quelques réflexions sur certains des points cliniques abordés par M. Anglade, sauf à montrer, chemin faisant, par un exemple, que la théorie de la constitution paranoïenne, malgré son élasticité, ne saurait s'appliquer à tous les faits.

Je ne dirai rien du délire systématisé post-maniaque, sinon que je crois avec les auteurs italiens et contrairement à l'opinion exprimée par M. Anglade que ce délire est plus fréquent que le délire systématisé post-mélancolique. A cet égard, du reste, il s'agit de s'entendre. Une distinction, en effet, me paraît s'imposer au point de vue clinique : c'est celle des délires systématisés secondaires en *précoces* et *tardifs*. Les délires systématisés qui surviennent de bonne heure dans les psycho-névroses, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont ni les mêmes raisons d'être, ni les mêmes

caractères, ni la même gravité que ceux qui se manifestent après de longues années. Or, si les délires systématisés secondaires précoces s'observent surtout dans la mélancolie, je crois en revanche que les délires systématisés secondaires tardifs, — ce sont pour moi les vrais, les typiques — sont infiniment plus fréquents dans la manie. Il suffirait, pour s'en assurer, de faire dans les Asiles et les Maisons de santé, une enquête sur les vieux psycho-névrotiques devenus délirants systématisés. Les trois quarts au moins, d'après ce que j'ai pu voir, sont d'anciens maniaques.

J'ai observé comme tout le monde de nombreux persécutés mélancoliques et en particulier de nombreux dégénérés qui, après un court accès de mélancolie, présentaient du délire systématisé de persécution. Mais je n'ai vu qu'un cas où une mélancolie typique étant devenue chronique et restant telle, son délire se systématisa progressivement sous forme de persécution et de grandeur.

Le fait est intéressant et instructif. Je me borne à le résumer ici.

Il s'agit d'un prêtre, fils d'alcoolique et frère d'un aliéné interné depuis près de 50 ans et aujourd'hui tombé en démence. Lui-même a été placé, en 1864, c'est-à-dire il y a 35 ans, dans la Maison de santé où il se trouve encore. Au début, il a été atteint d'un accès de lypémanie franc, avec idées délirantes de culpabilité imaginaire, remords, dépression, abattement, désir de se constituer prisonnier, un criminel comme lui ne pouvant pas, ne devant pas échapper à la vindicte publique.

Pendant plusieurs années, la lypémanie reste ainsi pure avec cette particularité qu'au fur et à mesure qu'elle devient chronique, les troubles sensoriels prédominent et s'accentuent.

En 1870, six ans après l'entrée, des idées de persécution commencent à se faire jour au milieu de cet état mélancolique. Cette tendance s'accuse peu à peu les années suivantes et le malade en arrive à présenter des idées délirantes de persécution systématisées, basées sur des hallucinations multiples

et actives. Mais le fond reste toujours ce qu'il était au début ; à certains moments même, il survient comme une sorte de paroxysme lypémaniaque rappelant l'état aigu ancien, avec prédominance d'idées tristes, de dépression, de tendance au suicide, si bien que le malade essaie par deux fois, en 1877 et en 1880, de se fracturer le crâne avec un gros caillou. Mais, en dehors de ces paroxysmes, c'est le délire de persécution et les plaintes relatives aux tortures hallucinatoires subies, qui dominent.

En 1879, apparaissent pour la première fois des velléités mégalomaniaques. Je relève en effet sur l'observation la note suivante, à la date du 1er décembre 1879 : « Ecrit au Président de la République comme s'il avait avec lui des relations d'amitié depuis de longues années. »

Cet état s'est continué et accentué depuis. J'ai observé le malade pendant dix ans, de 1883 à 1893, et j'ai pu le bien étudier. Ce sont les hallucinations qui priment et commandent les diverses expressions délirantes : hallucinations verbales psycho-motrices (voix parlant en lui, lui reprochant son passé, ses fautes, lui disant des mots grossiers, le poussant au mal), hallucinations de la vue (visions de la Vierge, de Jésus-Christ, de têtes de Père Eternel à longue barbe blanche, de nudités, etc.), hallucinations du tact et génitales (attouchements, parties mouillées, souillures, secousses électriques, sensation de ventre ouvert, d'urine pompée, de coups reçus sur la tête, etc.)

Le malade considère tout cela comme des épreuves d'expiation destinées à le rendre digne plus tard de rentrer dans le sacerdoce. Il est, du reste, en relations hallucinatoires avec de grands personnages. Il les voit la nuit, ils lui parlent, l'encouragent, lui promettent de ne pas l'oublier. Les Présidents de la République successifs lui ont offert divers postes : Thiers a voulu en faire une évêque de la Martinique, Mac-Mahon le prendre dans sa famille, Grévy le nommer régisseur du Mont-Sous-Vaudrey, Carnot, ambassadeur de Constantinople, Pie IX, évêque d'Agen, etc. Les voix lui offraient, croit-il,

tout cela, parce qu'il avait la voix de Dieu en lui par ces apparitions incessantes. On l'appelait même Dieu.

L'état de ce malade est toujours depuis resté tel : fonds mélancolique avec délire systématisé de persécution et de grandeur greffées sur des hallucinations.

C'est bien là, à n'en pas douter, un cas typique de délire systématisé post-mélancolique tardif, forme relativement très rare, si j'en juge par ce que j'ai pu observer.

Des particularités principales de ce cas : 1° formation d'un délire systématisé de persécution et de grandeur par voie hallucinatoire ; 2° persistance du fonds lypémaniaque avec attitude humble et contrite et paroxysmes mélancoliques ; 3° conservation de l'activité intellectuelle sans démence, les deux premières sont conformes à l'opinion générale, tandis que la dernière est en désaccord avec l'idée, soutenue surtout par Krafft-Ebing, qui considère le délire systématisé secondaire comme une manifestation démentielle. Le malade dont nous venons de résumer l'histoire n'a absolument rien d'un dément, et l'énergie de ses facultés est encore telle qu'après 30 ans d'internement dans une Maison de santé, il a pu, avec quelques mauvais bouquins, apprendre l'italien au point d'écrire correctement au Pape dans cette langue.

Il a été question, dans le Rapport de M. Anglade, du *délire de négation* J'aurais beaucoup à dire sur ce point Je me contenterai de faire remarquer que si le délire de négation peut constituer l'étape terminale d'une psychose mélancolique, on ne saurait cependant le considérer comme étant essentiellement un délire systématisé secondaire. La preuve, c'est qu'il est souvent primitif et lié, dans ce cas, à des troubles viscéraux, en général de nature auto-toxique.

Eh bien, si le délire de négation, ce type de délire systématisé secondaire post-mélancolique, peut survenir primitivement et devoir son origine à un substratum anatomique, je le demande à M. Anglade, que devient là dedans la théorie de la constitution paranoïenne ? Elle disparaît, me semble-t-il, devant la réalité des faits qui montrent qu'on devient

habituellement négateur, non parce qu'on a un tempérament paranoïen plus ou moins hypothétique, mais parce qu'on a, sous l'influence d'altérations viscérales, de l'anesthésie ou de la paresthésie cénesthésiques, comme l'amputé a sans doute l'illusion d'un membre fantôme par suite de sa mutilation, et le sourd des hallucinations de l'ouïe par suite de ses lésions auriculaires.

Je voudrais, en terminant, dire un mot du délire systématisé secondaire à la *confusion mentale.* Les auteurs étrangers et en particulier le plus récent de tous, Krause, qui ont signalé les rapports de ces deux formes psychopathiques, se sont surtout occupé des états passagers de confusion qui surviennent parfois au début d'une paranoïa chronique.

Mais on observe aussi des délires systématisés à la suite d'une confusion mentale vraie et ici, deux cas peuvent se présenter. Tantôt il s'agit de délires systématisés secondaires nettement vésaniques, succédant, chez des prédisposés, à un accès de confusion plus ou moins long ; tantôt il s'agit d'une confusion mentale qui, en disparaissant, a laissé chez le sujet des reliquats monoïdéiques souvent tenaces et systématiques, tout comme les états seconds laissent après eux des idées fixes post-hypnotiques. De même que ces dernières, les idées fixes post-confusionnelles peuvent disparaître par la psychothérapie et la suggestion.

Je ne sais si ces états psychiques méritent bien le nom de délires systématisés secondaires, mais en tout cas, ils ont, on le voit, un mode d'origine spécial, dans lequel la constitution paranoïenne n'a encore, semble-t-il, rien à voir.

En résumé, je crois qu'il serait prématuré d'adopter, en ce qui concerne les délires systématisés secondaires, une théorie pathogénique définitive. Bornons-nous à constater que ces délires existent bien, qu'ils peuvent survenir après toutes les psycho-névroses et même après la confusion mentale. Pour l'instant, il est bon de s'en tenir là et de ne pas chercher à édifier quand même une conception absolue. Restons fidèles à la méthode d'observation, à cette méthode anatomo-clinique

qui est la méthode française par excellence et qui a permis de réaliser tant de progrès dans le domaine des maladies du système nerveux.

M. Anglade. — Je remercie M. Vallon d'avoir apporté une rectification qui nous met d'accord sur la manière d'interpréter la pensée de Cotard au sujet du délire des négations. En lisant les conclusions du travail de MM. Vallon et Marie sur le délire mélancolique, j'avais retenu cette phrase : « Ce dernier (le « délire mélancolique) doit être isolé en une entité clinique « comparable à la maladie de Lasègue, ainsi que l'a com- « mencé à démontrer Cotard. » Cette conclusion me paraissait s'appuyer sur une interprétation excessive de la pensée de Cotard qui n'a jamais prétendu faire de son délire des négations un entité clinique comparable à la maladie de Lasègue. Puisque MM. Vallon et Marie déclarent n'avoir jamais eu l'idée de prêter à Cotard cette intention, je m'empresse de reconnaître que c'est moi seul qui ai mal interprété leur interprétation de l'œuvre de Cotard.

Je remercie mon excellent maître et ami M. Régis d'avoir apporté dans cette discussion l'autorité de sa parole. M. Régis nous a rappelé qu'il a, depuis longtemps, signalé l'intérêt qui s'attache à l'étude des délires systématisés secondaires. Malheureusement, il ne suffit pas de signaler une lacune pour la faire disparaître et je maintiens que la psychiâtrie française s'est désintéressée de cette importante question, à ce point que les délires systématisés secondaires n'ont pas leur place dans nos classifications. M. Régis ne voit dans « la constitution paranoïenne », que j'ai placée à la base de tout délire systématisé primitif ou secondaire qu'une conception psychologique. Je me suis attaché, cependant, à démontrer, d'accord avec les auteurs italiens, qu'elle est une réalité clinique, et j'aurais eu plaisir à entendre M. Régis, dont je connais les qualités de psychologue et de clinicien, discuter les raisons cliniques et psychologiques que j'ai invoquées. En discutant un peu, nous n'aurions pas eu grand'-peine à nous mettre d'accord avec M. Régis. Mon éminent

maître figure quelque part, dans mon rapport, parmi les défenseurs de cette constitution paranoïenne. J'ai cité ses propres expressions : « Le délire des persécutions se manifeste de préférence chez des sujets méfiants, ombrageux, enclins à l'orgueil. » Mais, c'est cela la constitution paranoïenne ! Il est un autre point sur lequel je ne suis pas de l'avis de M. Régis : « Les intoxications, de quelque nature qu'elles soient, dit M. Régis, peuvent, à elles seules, devenir une cause de délire. » Cela revient à dire qu'il suffit à être un intoxiqué pour risquer de devenir fou. Je pense, au contraire, que l'intoxication est la cause du trouble sensoriel dont l'interprétation délirante relève de la prédisposition vésanique. Si cette interprétation réalise un délire systématisé, il faut chercher l'appoint paranoïen. Il faut voir dans les intoxications des causes occasionnelles de maladies mentales, rien de plus.

M. Doutrebente.— Messieurs et chers collègues, avant de clore la discussion, il me reste un devoir bien doux à remplir, c'est de transmettre au D[r] Anglade les félicitations les plus vives pour le plaisir que nous avons éprouvé en lisant son rapport et en écoutant l'exposé lumineux qu'il en vient de faire.

Nous ne saurions dire sur quel point particulier doit porter l'éloge d'un travail aussi bien conçu, dont l'ordre, la méthode, la clarté dans l'exposition en rendent la lecture attrayante et instructive.

Avant l'apparition du rapport, l'obscurité la plus complète et les contradictions les plus frappantes existaient sur ce sujet, le D[r] Anglade qui, depuis plusieurs années, s'était préoccupé de cette situation, a merveilleusement réussi à faire la lumière et à débrouiller le chaos, où vivaient avec une terminologie aussi barbare que multiple et parfois incompréhensible, les délires systématisés primaires ou secondaires et tout ce qui leur était étranger.

Mardi soir

RÉCEPTION A L'HOTEL DE VILLE

A neuf heures du soir, M. le Docteur Flaissières, maire de Marseille, recevait MM. les membres du Congrès dans les salons de la Mairie.

Il avait à ses côtés, MM. les docteurs Doutrebente, président, et Boubila, secrétaire-général du Congrès, qui lui présentaient, à leur arrivée, MM. les Congressistes. M. le Maire avait un mot aimable pour chaque invité. La Mairie était éclairée à l'électricité. Le magnifique escalier en marbre de Puget, orné de plantes rares, avait, à chacune de ses marches, un pompier en grande tenue, l'arme au pied. Dans le vestibule qui précède les salons, la Musique Municipale. Quant aux salons eux-mêmes, ils étaient magnifiquement décorés et convertis en jardin d'hiver par la profusion des plantes qui les ornaient. C'était un coup-d'œil féérique. Toutes les notabilités administratives et scientifiques avaient répondu à l'invitation de M. le Maire. L'affluence était considérable et de fraîches toilettes piquaient d'une note gaie la monotonie des habits noirs. Mme Flaissières, dans le cabinet du Maire, accueillait avec son amabilité habituelle les femmes des congressistes et des invités. La Musique Municipale, dont la virtuosité est aussi connue qu'appréciée, a charmé tout le monde par l'exécution de son répertoire si varié. La soirée s'est prolongée jusqu'à une heure avancée et pas une note discordante ne s'est élevée sur cette réception qui laissera de profonds souvenirs chez les Congressistes. Tout le monde en louait la cordialité, la splendeur et ne tarissait pas d'éloges sur Mme Flaissières et son accueil si bienveillant. Quant à M. le Maire, il avait conquis tous les invités par sa séduction personnelle faite d'amabilité, d'esprit et de haute intelligence. Le buffet était dressé, avec une magnificence appréciée, dans la salle des Commissions.

Mercredi 5 avril

RÉCEPTION A L'ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE EXCURSION EN MER VISITE DE LA QUARANTAINE DE L'ESTAQUE ET DES NOUVEAUX PORTS

MM. les Congressistes ont visité l'asile St-Pierre le 5 avril, à 9 heures 1/2 du matin. MM. les docteurs Boubila et Maunier, médecins en chef, accompagnés de M. le docteur Cossa, médecin-adjoint, et de leurs internes, M. le docteur Plaignard-Flaissières et M. Jourdan, ont fait les honneurs de leurs services.

A onze heures 1/2 un splendide déjeuner réunissait dans la salle des fêtes, sous la présidence de M. Floret, préfet des Bouches-du-Rhône, les membres du Congrès, leurs femmes, les fonctionnaires de l'asile et les invités, parmi lesquels nous citerons : MM. le docteur Chevillon, député des Bouches-du-Rhône, le docteur Flaissières, maire de Marseille, Chanot, président du Conseil général, le docteur Drouineau, inspecteur général, le Président et les Membres de la Commission de surveillance.

Au dessert, M. le Préfet, qui préside, ouvre la série des toasts. Dans un langage d'une bonne grâce et d'une simplicité charmantes, M. Floret souhaite la bienvenue aux congressistes, il boit au succès de leurs travaux.

En ce moment, dit-il, est réuni à Paris, un Congrès qui a pour but d'organiser une croisade contre l'alcoolisme, cet horrible fléau qui fait tant de ravages et qui est l'une des causes les plus actives de l'encombrement de nos asiles.

Unissons tous nos efforts à ceux des initiateurs de cette croisade, dont on peut justement dire qu'elle est une œuvre de salut public.

Je constate avec plaisir que plusieurs femmes de fonctionnaires et de congressistes ont bien voulu participer à ce banquet : Je les en remercie et

je lève mon verre en leur honneur, leur présence ici ne doit-elle pas, en effet, avoir pour nous cette signification, que, pour le soulagement de la plupart des misères humaines, la science seule ne suffit pas : il y faut encore le dévouement, la sympathie, la pitié, la tendresse ; toutes ces qualités du cœur, toutes ces délicatesses du sentiment, qui sont l'apanage de la femme, et particulièrement de la française *(Vifs applaudissements)*.

Le directeur de l'établissement, M. Bresson, porte ensuite la santé des hôtes de l'asile, et en particulier celle de M. le Préfet, qui a bien voulu honorer de sa présence ce banquet et en accepter la présidence.

Le Directeur se fait un devoir de saisir l'occasion qui s'offre à lui de remercier la Commission de Surveillance du concours dévoué et sympathique dont elle seconde son administration.

M. le docteur Doutrebente, président du Congrès, se lève à son tour et s'exprime en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Je tiens à remercier, au nom du Congrès, M. le Préfet des Bouches-du-Rhône, qui a bien voulu nous autoriser à visiter l'asile St-Pierre de Marseille, œuvre du savant éclairé et de l'homme de bien que fut Aubanel. Beaucoup parmi nous attachent à cette visite une importance toute spéciale et espèrent en retirer quelque notion nouvelle, ou tout au moins une leçon de choses ; en admettant même que vous n'ayez pas retenu, mes chers collègues, de votre visite à St-Pierre un exemple à imiter, vous avez eu certainement à vous rappeler les souvenirs qu'ont laissé ici les médecins Aubanel et Sauze dont j'ai essayé de vous faire l'éloge ; car c'est là qu'ils ont vécu, qu'ils ont pensé et travaillé.

Si l'asile St-Pierre fut de par Aubanel un immense progrès réalisé dans l'hospitalisation des aliénés, nous ne pouvons que constater qu'il est loin de réaliser aujourd'hui le type idéal non encore défini d'ailleurs, que doit avoir un asile d'aliénés.

Nous ne voulons point critiquer, nous ne sommes pas ici pour cela, nous ne pouvons oublier qu'on nous y reçoit avec la cordialité la plus grande et que la Commission de surveillance, le Directeur, l'honorable M. Bresson, les médecins en chefs et le médecin-adjoint, MM. Boubila, Maunier et Cossa, subissent une situation qu'ils n'ont pas voulue, avec laquelle cependant ils doivent vivre et agir.

Et d'ailleurs, à mon avis, si l'asile St-Pierre est devenu par comparaison seulement, inférieur à lui-même, il est possible, il me semble, de

l'améliorer en diminuant rapidement l'encombrement qui paralyse tous les services ; sans demander sa disparition et son remplacement par un immense asile à construire en pleine campagne, ne pourrait-on pas tout au moins rechercher les moyens de le désencombrer par la construction et l'organisation d'un asile de chroniques et de convalescents, une colonie agricole annexe en un mot ?

Monsieur le Président du Conseil Général,

Nous avons la mission bien agréable de vous exprimer notre gratitude pour la gracieuse et importante subvention qui nous a été allouée par le Conseil Général ; cette délicate attention nous démontre que vous vous intéressez aux travaux que nous poursuivons en commun, l'amélioration du sort des aliénés.

Recevez donc nos remerciements et veuillez faire agréer aux conseillers généraux du Département l'hommage respectueux des Membres du Congrès.

Je lève mon verre à M. le Président du Conseil Général, Messieurs, et je porte la santé de M. le Préfet, des Membres de la Commission de surveillance, des Médecins en chef et du Médecin adjoint, et je m'empresse d'ajouter que je n'ai garde d'oublier tous leurs collaborateurs, parmi lesquels je veux signaler M. le Receveur qui a trouvé moyen, pendant notre séjour, de rendre, sur ma demande, un service signalé à un membre de notre Association mutuelle.

Après quelques mots aimables de M. Joffroy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et de M. le Dr Drouineau, inspecteur général, délégué du Ministère de l'Intérieur, l'honorable M. Chevillon, député de la 4e circonscription, clot la série des toasts, en portant gracieusement la santé du Directeur de l'Asile.

A l'issue du repas, dont l'ordonnance et le menu font le plus grand honneur à l'administration de l'Asile, les invités prenaient congé de M. le Préfet et de M. Bresson, directeur, et montaient dans des omnibus stationnés devant le péristyle du bâtiment d'administration et se dirigeaient vers l'embarcadère de la Compagnie Chambon. Là, les attendait le *Salinier*, sous pression, qui mit immédiatement le cap sur le Frioul. La mer était houleuse, aussi malheureusement quelques invités (les dames surtout) payèrent un léger tribut au mal de mer. Le sympathique député de la circonscription où se

trouve l'Asile, M. le Dr Chevillon, avait bien voulu accompagner les Congressistes.

A l'arrivée à la Quarantaine, M. le Directeur de la Santé, le Dr Catelan, recevait les excursionnistes avec une bonne grâce et une amabilité qu'on ne saurait trop louer et leur faisait les honneurs de ses services. Les installations, de date récente, ont été une leçon de choses qui a émerveillé tout le monde, non seulement par la beauté des bâtiments, mais surtout par le perfectionnement des appareils de désinfection qui ont été expliqués par M. le Directeur et manœuvrés par ses agents.

A la fin de la visite qui, malgré sa durée, a paru trop courte, des rafraîchissements ont été offerts par M. le Directeur. M. le Président du Congrès, en quelques paroles parties du cœur, lui a adressé de chaleureux remerciements au nom de ses collègues.

Embarqués, MM. les Congressistes ont fait une ovation au Dr Catelan pour lui témoigner leur reconnaissance de sa brillante et cordiale réception. Le *Salinier* a continué sa route et, après avoir longé les côtes qui précèdent l'Estaque, est rentré vers les 6 heures à son point de départ, après avoir traversé les nouveaux ports.

RÉCEPTION DANS LES SALONS LINDER

à 9 heures du soir

offerte gracieusement par la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux

MM. les professeurs Arnaud, président, d'Astros, vice-président, et le docteur Cassoute, secrétaire, recevaient les invités. L'affluence était considérable et la plus grande cordialité n'a cessé d'y régner. Tous les étrangers ont été ravis de l'amabilité de leurs confrères marseillais et surtout de cette atmosphère de cordiale confraternité qu'ils y ont respirée pendant de trop courtes heures.

M. le professeur Arnaud, président de la Société, après

avoir fait assseoir à ses côtés MM. les docteurs Doutrebente, président, et Boubila secrétaire-général du Congrès, a pris la parole :

Messieurs les Membres du Congrès,

Je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue au nom de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, et je vous remercie, au nom de tous mes collègues, de vous être rendus nombreux à notre modeste, mais cordiale invitation.

Merci à vous aussi, Mesdames, pour le charme que votre présence ajoute à cette réunion.

Messieurs, il y a six mois à peine, nous avions l'honneur de recevoir ici même les membres du Congrès de gynécologie qui a tenue sa 2e session dans notre ville l'année dernière, avec quel éclat vous le savez, sous la présidence de MM. Pinard, Pozzi et Broca. Nous ne doutons pas que le dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, inauguré hier avec solennité au château du Pharo, ne soit appelé à obtenir les mêmes brillants résultats. Le nombre des congressistes, l'importance des communications portées à votre ordre du jour et surtout la notoriété, la haute valeur scientifique des membres de votre Association, présagent au Congrès de Marseille le plus légitime et le plus éclatant succès.

Une partie de l'honneur en reviendra au savant aliéniste, à l'homme distingué que vous avez placé à votre tête, M. le président Doutrebente, et aussi à l'organisateur du Congrès, à votre dévoué secrétaire-général, M. le docteur Boubila, que nous avons appris à connaître et apprécier depuis longtemps et qui ne compte parmi nous que des sympathies.

Grâce à eux, et à vous tous, Messieurs, la session de Marseille sera féconde, en travaux intéressants, en discussions utiles sur la pathologie nerveuse et mentale, et, comme celles qui l'ont précédée, elle fera honneur à la science française.

Notre société des hôpitaux ne sera pas la dernière à s'en réjouir, et c'est pourquoi elle a considéré comme un devoir de témoigner, par cette réception confraternelle, combien les médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient à cœur de s'associer à nos honorables collègues les médecins de l'asile St-Pierre, pour vous assurer des sentiments de vive et cordiale sympathie du corps médical marseillais à l'égard de nos confrères venus de tous les points de la France pour prendre part aux travaux du Congrès.

Puissent votre trop court séjour dans notre ville et les quelques instants passés au milieu de nous, vous laisser un agréable souvenir, comme ils nous ont fourni l'occasion et procuré le plaisir d'entrer en relations avec des médecins distingués, aussi savants spécialistes qu'aimables confrères.

La présence à cette soirée de M. l'inspecteur général de l'Assistance publique, de M. le directeur de l'Ecole de Médecine, des membres de la Commission administrative des hôpitaux et de la Commission de surveillance de l'asile St-Pierre, celle de l'honorable représentant de nos confrères de l'armée et des délégués des Sociétés médicales de la ville, témoigne du haut intérêt qui s'attache à votre œuvre de science, qui est, en même temps, une œuvre humanitaire et sociale.

Je termine, Messieurs, en levant mon verre en l'honneur de nos invités; je bois à la santé de M. le Président et de Messieurs les membres du Congrès, et à la science neuro-pathologique française si brillamment représentée au milieu de nous.

M. le docteur Doutrebente lui répond en ces termes :

Messieurs et chers Confrères,

J'aurais voulu, pour répondre dignement au toast que le président de la Société médico-chirurgicale vient de porter aux membres du Congrès, que l'un des maîtres éminents qui nous assistent et nous entourent, prît la parole en cette circonstance, n'ayant d'ailleurs pour le faire, d'autre titre que celui de président du Congrès que je tiens du libre suffrage de mes collègues; cela vous suffit cependant, je le sais, et j'en suis très fier.

En me désignant à ce poste d'honneur mes collègues m'ont comblé de joie et m'ont donné la plus haute marque d'estime; je me considère dorénavant comme largement récompensé de ce que j'ai pu faire pendant toute ma carrière.

En faisant un retour sur moi-même, un examen de conscience, il m'a semblé que ce qui m'a désigné à leur choix c'est simplement parce que en toute circonstance, j'ai tenu à me conformer aux règles les plus strictes de la Déontologie médicale, que je résume ainsi : Respect absolu des maîtres, confraternité pratiquée sans défaillance, encouragements, conseils et services rendus aux jeunes dans la plus large mesure.

Je me suis conformé à ce programme et je ne cherche pas à en tirer vanité, n'ayant eu qu'à suivre les exemples et la pratique de mon grand oncle Baillarger, et de mon oncle Lunier; c'était donc simplement une tradition de famille à continuer.

Je lève mon verre en l'honneur du Président, le docteur Arnaud et des Membres de la Société médico-chirurgicale de Marseille, et, au nom des membres du Congrès, je les remercie cordialement de la belle et sympathique réception qu'ils viennent de nous offrir.

M. le Dr Queirel, professeur à l'Ecole de Médecine, termine la série des toasts par la spirituelle allocution suivante :

Par une décision de notre président, plutôt bienveillante qu'impartiale, je suis chargé de porter un toast aux dames. Certes, c'est une tâche agréable, mais délicate ! aussi me viennent à la pensée ces deux vers de Pétrarque, le poète qui aima tant les dames.

Tacer non posso è tremo non adopre
Contrario effetto, la mia lingua al core !

Ce qui veut dire, Mesdames, que tout en désirant vous exprimer notre reconnaissance, je crains de ne pouvoir le faire aussi éloquemment que je le voudrais. Mais votre indulgence me tiendra compte de l'intention et je vous dirai simplement : Merci !

Merci ! à vous qui êtes venu mettre une note gaie dans cette réunion. Merci à vous, qui êtes venu fleurir les sentiers abruptes et quelquefois épineux de la science qui a fait l'objet de ce Congrès.

N'est-ce pas un aliéniste ou un criminaliste ou mieux, l'un et l'autre, Lumbroso, je crois, qui a dit, en parlant du mobile de nos actions : cherchez la femme ! Eh bien ! je la trouve, ici, dans son véritable rôle : la femme du médecin.

Elle nous inspire, elle nous console, elle nous encourage. Car c'est bien auprès de vous que le praticien ou le savant, fatigué, écœuré quelquefois, désenchanté souvent, trouve le réconfort du foyer, avec la douceur de la femme et l'amour de l'épouse.

Un membre de ce Congrès, que j'aime beaucoup, a publié que ce qui domine l'état physiologique de la femme, c'est l'instinct maternel. Il y a quelque chose de cela, dans tous vos sentiments et c'est une nuance qui les colore d'un charme qui vous attire tous les cœurs, qui vous confère la beauté. Une femme qui sait se faire aimer est toujours belle. Belle pour son mari, belle pour ses enfants, belle pour les malheureux à qui la charité paraît plus douce en passant par ses mains.

Je bois donc à la beauté, à la bonté et à l'amour, c'est-à-dire à l'éternel et charmant féminin !

Les dames ont été particulièrement reconnaissantes à M. Queirel des paroles si aimables qu'il leur a adressées.

En partant, tous les invités ont tenu à remercier M. le président Arnaud, en le priant de transmettre à ses collègues la reconnaissance du Congrès. Le service des rafraîchissements qui était fait par petites tables, a été loin de nuire à la cordialité familiale de la réception.

SÉANCE DU JEUDI 6 AVRIL

A 9 heures du matin

A l'occasion du procès-verbal, M. Sicard, Interne de la Salpêtrière, demande la parole.

Je voudrais revenir rapidement sur certaines de ces formes délirantes mono-idéiques que M. Régis classe dans les délires systématisés secondaires, consécutivement à la confusion mentale primitive aiguë, et qui sont susceptibles d'un traitement efficace par l'hypnose ou une psychothérapie appropriée. Je crois qu'il ne s'agit dans ces faits que de la persistance d'une idée fixe subconsciente de nature hystérique, tels que les travaux de MM. Raymond et Janet nous l'ont fait connaître, idée fixe subconsciente qui peut persister durant un temps plus ou moins long, à la suite d'une confusion mentale primitive de nature hystérique, et prenant naissance à l'occasion d'un état fébrile, d'une infection, d'une intoxication, qui développent l'hystérie chez certains sujets prédisposés.

MM. Anglade, Ballet et Régis engagent, au sujet des observations de M. Sicard, une courte discussion.

Les Psychoses Polynévritiques (1)

Par M. Gilbert Ballet
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital St-Antoine.

Lorsqu'en 1889, Korsakoff signala l'existence de troubles mentaux au cours des polynévrites, sa description provoqua, tout d'abord, une sorte d'étonnement et de surprise. Mais on ne tarda pas à recueillir de divers côtés des faits qui vinrent en montrer la justesse. Bien plus, on constata que certains des troubles qui trouvaient place parmi ceux de la psychose nouvelle, avaient été déjà entrevus et au moins sommairement

(1) Cette question devait faire le sujet d'un rapport imprimé. Le rapporteur désigné n'ayant pu envoyer son travail en temps utile, M. Gilbert Ballet a exposé, dans un rapport oral, avec démonstrations microscopiques à l'appui, l'histoire des psychoses polynévritiques.

Nous donnons ici un simple résumé de sa conférence.

signalés ; c'est ainsi que Charcot avait appelé l'attention sur l'amnésie qui accompagne souvent la polynévrite alcoolique. Aujourd'hui, la réalité de la psychose polynévritique n'est mise en doute par personne.

Qu'est-ce donc que la psychose polynévritique ? Sous ce nom, on doit entendre des *syndromes mentaux*, associés *d'habitude* à la polynévrite et reconnaissant la même cause *toxi-infectieuse*.

Nous disons *syndromes mentaux :* les formes cliniques de l'affection sont, en effet, multiples et variées. Ces syndromes sont associés *d'habitude* à la polynévrite, mais l'association n'est pas constante : de même que la polynévrite peut exister sans eux, ils peuvent se montrer indépendamment de la polynévrite. Enfin ils résultent de l'action sur le cerveau des mêmes agents toxiques (exo-toxiques, toxi-infectieux ou autotoxiques) qui déterminent la névrite en agissant sur les nerfs.

Les FORMES CLINIQUES de la psychose polynévritique sont très nombreuses ; il me semble, pourtant, qu'on peut les grouper sous trois chefs :

A) *Forme délirante.* — Elle consiste en un délire qui présente, d'habitude, les caractères d'un rêve éveillé : délire du soir et de la nuit au début et dans les formes légères, qui ne devient durable et permanent que dans les formes graves. Ce délire s'accompagne d'hallucinations vagues, surtout visuelles, à caractère hypnagogique. Il rappelle tout à fait le délire onirique sur lequel M. Régis a appelé l'attention.

Quelquefois quand il s'est dissipé, il laisse après lui une ou deux idées fausses qui subsistent quelque temps (quelques jours ou quelques semaines) dans la conscience, comme y subsiste le souvenir d'un rêve inconscient. Au sortir d'une fièvre typhoïde, par exemple, au cours de laquelle le délire onirique a été intense, un malade reste pendant plus de 15 jours convaincu qu'il vient d'être décoré et qu'on vend pour son compte, à l'hôtel des ventes, de précieux objets rapportés par lui du Tonkin. Ces croyances fausses peuvent, dans la psychose polynévritique, constituer l'unique trouble : les ma-

lades racontent alors une série d'événements chimériques, sérieux ou sans importance, auxquels ils sont convaincus d'avoir pris part ; et ce n'est pas sans surprise qu'on entend quelqu'un de ces derniers, dont la logique et même la mémoire ne semblent pas atteintes, assurer posément, alors qu'il n'a pas, depuis plusieurs semaines, quitté son lit, qu'il vient de faire une promenade à cheval, ou de rendre visite à ses amis.

B) *Forme de confusion mentale.* — C'est une de celles que la psychose polynévritique revêt le plus souvent : on observe alors les troubles de perception, les défectuosités de l'association des idées, les erreurs de temps et de lieu, les changements d'état cénesthétique avec physionomie tantôt mélancolique, tantôt maniaque, qui caractérisent la confusion mentale : forme rarement transitoire, plus souvent prolongée et durable pendant des semaines, des mois, des années, pouvant même aboutir à la démence.

c) *Forme amnésique.* — Il s'agit, en général, d'une amnésie assez particulière en ce sens que le trouble mental est limité à celui de la mémoire ; la logique est intacte, le raisonnement ne paraît pas altéré, contrairement à ce qu'on observe dans les démences organiques ou autres ; mais il y a d'énormes lacunes dans les souvenirs : les malades ne savent pas s'ils sont souffrants depuis un mois ou depuis un an, s'ils ont déjà, dans la journée, reçu la visite du médecin ; les impressions actuelles effleurent leur cerveau sans y laisser d'empreinte. On devine que ce trouble est fort variable quant au degré.

Ajoutons que les formes dont nous venons de parler peuvent s'associer ou se succéder et qu'entre elles il y a des intermédiaires qui les rapprochent.

Quelle idée faut-il se faire de la PATHOGÉNIE de ces troubles ? Qu'ils soient sous la dépendance des substances toxiques dont l'action nocive sur le tube nerveux détermine la polynévrite, la chose ne semble pas douteuse. Mais les troubles survivent souvent à la cause qui les a produits : ils persistent dans bien

des cas, longtemps après que les poisons ont dû être éliminés de l'économie. Il était dès lors naturel de supposer que, dans ces cas, ils sont sous la dépendance de lésions durables engendrées dans le cerveau par ces poisons.

Ces lésions ont été cherchées. On a constaté de l'œdème de la pie-mère, de la congestion des méninges, de la surcharge pigmentaire des cellules ; toutes altérations sans grand caractère, si bien qu'en 1896, M. Soukhanoff pouvait dire qu'on ignorait s'il existait vraiment des lésions corticales dans la psychose polynévrite.

J'ai été assez heureux pour pouvoir étudier histologiquement le cerveau dans plusieurs cas de cet ordre et j'ai rencontré, en me servant de la méthode de Nissl, des altérations dont la signification et l'importance ne me semblent pas douteuses. J'ai d'ailleurs déjà signalé ailleurs le résultat de mes recherches. (1)

Le premier de ces cas est particulièrement typique. Permettez-moi de vous en rappeler brièvement les particularités principales.

Il s'agit d'une femme de trente ans, alcoolique, tuberculeuse et chez laquelle, sous l'influence de l'alcoolisme et peut-être de la tuberculose, s'était développée une cirrhose avec dégénérescence graisseuse du foie. On constatait chez cette femme des signes nets de polynévrite (douleurs, impotence, amaigrissement des muscles) avec du délire à forme onirique et des symptôme des confusion mentale.

A l'autopsie, j'ai trouvé les lésions ordinaires de la polynévrite, et du côté des cellules des cornes antérieures de la moelle, les altérations que d'habitude la polynévrite y provoque par réaction à distance. On sait qu'à la suite de la section expérimentale des nerfs, les cellules médullaires d'où ces nerfs procèdent, subissent des modifications de structure, que les

(1) G. Ballet. — *a)* Lésions corticales et médullaires dans un cas de psychose polynévritique. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 11 mars 1898. — *b*) Lésions des cellules cérébrales dans la confusion mentale. *Académie de Médecine*, 28 juin 1898. — *c*) G. Ballet et H. Faure. Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique. *Presse médicale*. 30 novembre 1898.

recherches de Nissl, de Marinesco, celles que j'ai poursuivies avec Dutil ont mises en relief : ces modifications consistent en la tuméfaction de la cellule qui, de triangulaire devient arrondie, en la chromatolyse périnucléaire ou diffuse, enfin à la projection du noyau à la périphérie. Elles se rencontrent identiques chez l'homme, à la suite des amputations (Flatau, Sano, Van Gehuchten et de Buck) et aussi, je l'ai dit, au cours des polynévrites (Marinesco, Ballet et Dutil). Il n'était donc pas surprenant que nous les trouvions très accusées dans la moelle de la malade à laquelle je fais allusion.

Mais, le fait intéressant et, je crois, nouveau, c'est que j'ai rencontré des lésions analogues sur les coupes de l'écorce, particulièrement sur les coupes du lobule paracentral. Les altérations constatées sur les préparations colorées par la méthode de Nissl sont limitées aux cellules. Celles-ci n'ont pas subi de modification dans leur ordonnance générale, ni dans leur nombre et à un faible grossissement (Leitz oc. 1 / obj. 2), les coupes ne diffèrent pas sensiblement de coupes de cerveau normal. Mais, à un grossissement plus fort (Leitz oc. 1 / obj. 7), on constate qu'un grand nombre de cellules sont altérées. Ces altérations sont surtout manifestes au niveau de la troisième couche (couche des grandes cellules pyramidales) : elles intéressent à la fois les éléments fondamentaux de cette couche et les cellules géantes de Betz. Sur cinq cellules, il y en a une saine, trois ou quatre de malades : l'une à un haut degré, les deux ou trois autres à un degré moindre. Voici la série des altérations qu'on note en procédant des plus légères aux plus accusées : quelques cellules sont simplement tuméfiées, à contours arrondis, avec un noyau plus volumineux que le noyau normal ; autour de ce noyau, les granulations chromatophiles sont encore nombreuses et très distinctes. Beaucoup d'éléments ont perdu leur forme triangulaire ; leur noyau s'est rapproché de la périphérie, et les granulations, au pourtour de ce noyau, sont manifestement dissoutes. Quelques-unes subsistent à la périphérie de la cellule ou à la base de certains prolongements. D'autres cellules, plus rares, ont conservé leur forme, mais la

substance chromophile y a perdu sa disposition en amas granuleux, et s'est accumulée sous forme d'une bande foncée, contre l'une des parois ; les contours du noyau sont peu visibles et le nucléole a disparu. Enfin, dans certains éléments, la chromatolyse est complète ; la cellule est arrondie, gonflée, et le noyau, plutôt diminué de volume, est appliqué contre la paroi.

L'examen des noyaux sur les coupes colorées à l'*hématoxyline* montre qu'un certain nombre d'entre eux ont subi, dans leur forme, des modifications qui impliquent des changements dans leur structure : les uns sont irréguliers, déchiquetés sur leurs bords, d'autres d'aspect réniforme.

Dans un second cas semblable à celui dont je viens de parler. mais dans lequel la polynévrite était très peu accusée, j'ai retrouvé les mêmes lésions corticales que dans le premier.

Récemment, mon interne, M. Faure, en a recueilli un troisième dans le service de M. le Professeur Landouzy, qui, cliniquement et anatomo-pathologiquement, est superposable aux deux autres, et dont il donnera prochainement la relation détaillée.

Sur les projections que je fais passer sous vos yeux, vous pouvez voir très nettement les altérations cellulaires que je viens de vous décrire : celles rencontrées dans la moelle de la première malade, celles du cerveau de mes deux malades et de la malade de M. Faure.

Mais, Messieurs, il nous reste une question à nous poser. Quelle est la pathogénie des lésions des cellules de l'écorce sur lesquelles je viens d'appeler votre attention ?

Cette *pathogenie* est moins simple qu'il pourrait sembler au premier abord. Il ne nous est pas démontré, en effet, que les altérations soient le résultat d'une injure directe faite à la cellule par la substance toxique qui, quelle qu'elle soit, doit être incriminée dans les cas dont il s'agit. Il pourrait se faire que l'agent toxique ait, au cerveau comme au niveau des nerfs des membres, porté primitivement son action sur les

fibres à myéline, et que les lésions cellulaires aient été la manifestation de la réaction à distance qui se produit dans toute cellule dont le prolongement cylindraxile est altéré. Cette interprétation est d'autant plus admissible que l'examen attentif des centres nerveux, au moins du bulbe et de la moelle, chez des individus affectés de polynévrite, a permis de déceler, à l'aide de la méthode de Marchi notamment, des lésions dégénératives des fibres nerveuses bulbo-médullaires, centripètes ou centrifuges. Campbell, dans des cas de cet ordre, a trouvé des fibres nerveuses altérées le long de la voie pyramidale, dans les cordons postérieurs (cordons de Goll, zone de Lissauer). Soukhanoff a observé des lésions analogues. Tout autorise à penser que de pareilles altérations (qui ont été vues au niveau des fibres tangentielles), peuvent se rencontrer dans les fibres à myéline du centre ovale. On concevrait, dès lors, que les cellules cérébrales, celles par exemple qui émettent des fibres de projection, puissent présenter une réaction à distance, se traduisant par des lésions semblables à celles que nous avons décrites, dans les cas où les fibres de projection seraient primitivement lésées par le poison au même titre que celles des nerfs périphériques. Nous devons dire que l'examen direct ne nous a permis de constater de semblables lésions dans aucun de nos deux cas: sur les préparations colorées par la méthode de Pal, nous n'avons rien relevé qui nous autorisât à avancer que chez la première ou chez la seconde malade, les fibres à myéline, corticales ou sous-corticales, fussent altérées ou raréfiées. La méthode de Marchi, que nous avons utilisée dans notre second cas, ne nous a pas donné davantage de résultats positifs nets. Jusqu'à nouvel ordre, nous sommes donc amenés à considérer comme primitives les lésions des cellules cérébrales que nous avons décrites. Mais nous n'émettons cette opinion qu'avec d'expresses réserves.

Ces réserves sont ici d'autant plus commandées que récemment les recherches anatomo-cliniques de M. Marinesco

et les recherches expérimentales qu'avec M. Faure [1] nous avons faites chez le chien, autorisent à dire que les cellules pyramydales du lobule paracentral s'atrophient lorsqu'une hémorrhagie ou une section ont rompu la continuité des fibres de projection.

Quelle que soit d'ailleurs la pathogénie des lésions cellulaires corticales dans la psychose polynévrite, on peut affirmer aujourd'hui leur réalité. Mais ces lésions existent-elles dans tous les cas ? et conditionnent-elles les troubles psychiques de la psychose de Korsakoff ?

Il est vraisemblable qu'associées ou non aux lésions des fibres blanches elles conditionnent les troubles amnésiques et démentiels. Il serait intéressant, à ce point de vue, d'étudier méthodiquement le cerveau des malades qui succombent après avoir présenté les troubles de mémoire qu'entraînent souvent à leur suite la fièvre typhoïde ou l'intoxication alcoolique, qu'il y ait eu ou non simultanément polynévrite.

Mais, d'autre part, il ne paraît pas douteux que les lésions cellulaires puissent faire défaut dans les formes simplement délirantes de la psychose polynévritique. J'ai récemment observé un malade qui, au cours d'une hépatite chronique, présenta pendant 8 à 10 jours du délire onirique avec symptômes de confusion mentale. La mort survint brusquement par la rupture d'un anévrisme du cœur. L'écorce cérébrale était intacte. Les faits de cet ordre démontrent que la cellule peut être troublée dans sa *nutrition* et par suite dans sa *fonction*, avant de l'être dans sa *morphologie* et sa *structure*.

Messieurs, quand du point de vue clinique on envisage les troubles cérébraux que leur étiologie et leur physionomie permettent de faire rentrer dans le groupe que Korsakoff a eu en vue, on constate que tantôt ils s'associent à une polynévrite accusée, que tantôt ils s'associent à une polynévrite légère, que tantôt enfin ils se développent indépendamment de tout signe ou de toute lésion polynévrite. Aussi l'expression de *psychose*

(1) *Soc. Méd. hôpitaux*, 24 mars 1896.

polynévritique est-elle défectueuse. On devrait y renoncer et lui substituer celle qui, dès le début d'ailleurs, avait eu les préférences de Korsakoff : *cérébropathie psychique toxémique*. Cette cérébropathie ne devient qu'éventuellement une *neurocérébrite* toxique (Pierret).

Les lésions que je me suis attaché à décrire et à vous montrer établissent la justesse de cette conception d'une *cérébrite* par intoxication. Si leur réalité et leur signification étaient confirmées elles concourraient à démontrer que les affections mentales peuvent en réalité être réparties en deux grands groupes : les affections *accidentelles*, celles qui résultent d'une intoxication ou d'une infection, et parmi lesquelles je n'hésite pas à placer la paralysie générale ; et les affections mentales *constitutionnelles* qui paraissent dépendre d'un vice d'organisation ou de développement du cerveau, héréditaire ou congénitale.

Envisagée ainsi du point de vue anatomo-pathologique et morphologique, la pathologie mentale pourra sembler déchoir du piédestal artificiel où la métaphysique l'avait placée ; ma conviction est qu'elle n'y perdra rien.

La discussion sur le rapport de M. Ballet est ouverte.

M. Régis (de Bordeaux) y prend part.

M. Mabille. — Comme M. Régis, je crois que les caractères mentaux de l'affection décrite par Korsakoff sous le nom de psychose polynévritique ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans les autres psychoses par auto-intoxication. C'est toujours le même trouble à base de confusion mentale, le même ensemble de phénomènes hallucinatoires à caractère plus ou moins terrifiant, même perte plus ou moins accentuée des souvenirs, troubles variant peut-être avec la nature du toxique. La polynévrite peut elle-même d'ailleurs exister sans les troubles mentaux.

Ce qui me paraît surtout dominant dans l'étude de ces psychoses par auto-intoxication avec ou sans polynévrites, c'est la persistance fort longue des troubles amnésiques, alors

même que les autres troubles, les troubles névritiques, en particulier, ont disparu.

A l'appui de ma thèse, je puis citer deux observations de malades qui ont guéri après avoir conservé pendant assez longtemps des troubles de la mémoire.

Dans mes deux observations, le vin était l'agent toxique : ainsi chez ma première malade, il s'agit d'une femme originaire de l'île de Ré, née de père et mère alcooliques. Alcoolique elle-même, elle buvait au robinet du tonneau jusqu'à être ivre-morte ; elle ne buvait que du vin. A son entrée (novembre 1895), confusion mentale avec intermittence de calme et d'agitation, troubles hallucinatoires à forme zoopsique, paraplégie symétrique bilatérale avec atrophie des muscles des jambes et des cuisses, avec pieds en varus equin, œdème des extrémités et peau luisante. Pas d'albuminurie, pas de sucre, pas de stigmates hystériques. L'impotence fonctionnelle s'améliore graduellement et disparaît vers avril 1896 et l'état mental s'améliore. Mais pendant plusieurs semaines la perte de la mémoire subsiste. Ma seconde observation est identique à la première.

Dans ces deux cas, les phénomènes d'ivresse et l'alcool de vin ont donc joué un rôle important. J'ajouterai que l'alcool de vin a été rarement signalé dans l'étiologie de l'affection en question.

M. Anglade (de Toulouse). — Je demande à M. Ballet la permission de lui poser quelques questions sur la manière d'interpréter les lésions de la cellule nerveuse, en général, et celles des psychoses polynévritiques, en particulier.

M. Ballet a insisté sur la chromatolyse centrale, sur la migration du noyau. La chromatolyse cellulaire n'a peut-être pas toute l'importance que quelques auteurs lui attribuent. S'il est vrai, comme l'affirme Van Gehuchten, que la substance chromatique représente un aliment de réserve de la cellule, il faut s'attendre à la voir disparaître dans tous les cas d'épuisement nerveux, de fatigue cérébrale. De fait, la chromatolyse a été observée dans des circonstances très

variées. C'est peut-être une lésion banale. En tout cas, il me paraît excessif de lui reconnaître un caractère de spécificité quelconque. Plus importante est, sans doute, la destruction de la trame achromatique, laquelle est constituée par des expansions cylindraxiles. La destruction se reconnaît aux vacuoles et à la déformation des cellules, et cette lésion destructive est peut-être irréparable. Sans être aussi banale que la chromatolyse, la déformation du corps de la cellule est loin d'être un fait rare. Je l'ai observée dans la paralysie générale, dans l'épilepsie, dans l'éclampsie, dans la démence et dans quelques diathèses infectieuses, comme la tuberculose, etc.

Dans ces conditions, je me demande s'il n'est pas prématuré de considérer ces diverses lésions de la cellule nerveuse comme spécifiques de telle ou telle maladie et de leur attribuer une importance comme cause anatomique des psychoses polynévritiques, en particulier.

M. Gilbert Ballet.— Je serai très bref dans la réponse aux questions que veut bien me poser M. Anglade. Je pense comme lui, bien que ce ne soit encore qu'une hypothèse, que les granulations chromatophiles constituent un simple élément de réserve : or, il n'est pas douteux que leurs altérations présentent moins d'importance que celles de la trame même de la cellule, du spongioplasma. Mais quand on constate, comme dans les faits que j'ai relatés, en même temps que la dissolution partielle ou totale des granulations, la déformation du corps cellulaire et la projection du noyau à la périphérie, on est en droit d'admettre que la structure de la cellule a été modifiée dans ses parties essentielles et les plus intimes.

Ces lésions n'ont, sans doute, rien de spécifique, en ce sens qu'elles peuvent être provoquées par toutes les causes morbides susceptibles de troubler la nutrition de la cellule. Mais elles attestent que l'élément anatomique a souffert d'une façon sérieuse, et c'est là précisément ce qui fait leur intérêt. Je ne suis pas surpris que M. Anglade les ait observées dans des cas d'éclampsie puerpérale, parmi les symptômes de laquelle peut se rencontrer une psychose toxique et qui res-

semble singulièrement à certaines des formes de la psychose polynévritique, dont nous entretenait tout à l'heure M. Régis.

Quant à la relation qui existerait entre ces lésions et les phénomènes délirants, j'ai eu soin de dire, au cours de ma communication, qu'elles ne conditionnent pas ces derniers, qui peuvent, comme je l'ai montré, exister sans elles. La condition pathogénique nécessaire de la psychose polynévritique et des états de confusion mentale qui s'en rapprochent est une toxhémie : cette toxhémie se révèle par des troubles fonctionnels (délire, hallucinations, etc.), avant d'avoir modifié profondément la structure de la cellule. Mais ces modifications de structure, quand on les constate, constituent la signature et la preuve anatomo-pathologique de l'action exercée sur l'écorce par la substance toxique : telle est leur signification et leur intérêt.

M. Vallon.— On peut rapprocher de la forme délirante décrite par M. G. Ballet dans la psychose polynévritique, certains cas d'alcoolisme aigu. Il n'y a rien d'étonnant à cette analogie symptomatique, puisque l'alcoolisme est aussi une intoxication. Baillarger comparait ces cas à une pièce d'eau gelée qui se désagrège sous l'action du soleil, et où quelques îlots de glace seuls surnagent. Cette comparaison fait bien comprendre ce qui se passe après ces accès d'alcoolisme subaigu, où le délire se désagrège peu à peu, laissant subsister pendant quelque temps quelques reliquats, parfois une seule idée délirante.

J'ai observé quelques faits de ce genre, le plus remarquable, il y a déjà longtemps, alors que j'avais l'honneur d'être interne, à Ste-Anne, dans le service de M. Henri Dagonet. Un homme d'une trentaine d'années a un accès d'alcoolisme subaigu classique, au bout de quelques semaines on le croit guéri et on songe à le mettre en liberté, quand on s'aperçoit qu'il lui reste encore une idée délirante, une seule, mais très nette. Il se figure que pendant sa maladie, un voisin profitant de son absence, a fait signer des billets à sa mère et il se propose, à sa sortie, de demander compte à cet individu, de

son action. Rien ne pouvait justifier une pareille idée. La mère du malade lui assurait qu'elle n'avait rien signé, qu'on ne lui avait demandé aucune signature. Pendant plus d'un mois, le malade a gardé sa conviction, se montrant inébranlable. Enfin, il a fini par se rendre compte de son erreur.

Polynévrite à la suite d'Influenza

Par le Dr LARROUSSINIE, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Caudéran.

Il y a quelque temps, j'étais appelé en consultation, par un de mes confrères, auprès d'une malade qui, après une attaque d'influenza, présentait, disait sa famille, des symptômes de paralysie.

Le début de l'attaque d'influenza remontait à deux mois environ ; Mme X... avait été gravement atteinte ; elle avait eu une pneumonie, des troubles gastro-intestinaux et, disait-elle, n'avait jamais pu se remettre entièrement. Elle raconte qu'une quinzaine de jours après la disparition des accidents thoraciques, alors qu'elle souffrait encore beaucoup de l'appareil digestif, elle avait éprouvé, dans les membres inférieurs, des fourmillements, des douleurs ; elle se sentait un peu faible sur ses jambes ; elle se plaignait maintenant de ressentir les mêmes symptômes dans les membres supérieurs.

L'attaque d'influenza avait duré un mois et demi environ, et c'est au moment où la malade se sentait mieux que les troubles, dont j'ai parlé ci-dessus, ont apparu. Il serait évidemment trop long et fastidieux de présenter une observation faite jour par jour, je résumerai donc autant que possible.

Quand nous voyons Mme X..., elle se plaint surtout de ce qu'elle appelle une très grande fatigue ; la marche est pénible ; « il me semble, dit-elle, que les mouvements de mes bras se font moins facilement. » Ces quelques indications, quoique devant faire penser à l'existence d'une névrite, n'étaient pas suffisants pour que je pusse porter un diagnostic certain.

Peu à peu, les accidents s'aggravèrent : quatre mois

après le début de l'influenza, quand on plaçait la malade dans une position horizontale, le pied se posait en extension ; son bord externe était abaissé et les phalanges fléchies les unes sur les autres et sur le métatarse. La démarche devint celle du stepper, signalée par Charcot ; il y avait, en réalité, paralysie des fléchisseurs, coïncidant avec celle des extenseurs des orteils.

Il devint impossible à Mme X... de mouvoir les orteils, de relever le bord externe du pied. Il lui était très difficile, pour ne pas dire impossible, de fléchir le pied sur la jambe. Le pied était ballant sur la jambe, quand on saisissait cette dernière et qu'on la secouait.

Peu à peu, les muscles de la partie antérieure de la cuisse furent pris à leur tour ; la marche devint alors absolument impossible. Aux membres supérieurs, les extenseurs anti-brachiaux furent aussi envahis, entraînant les accidents ordinaires ; les doigts finirent par se fléchir dans la paume de la main et l'on dût prendre des précautions pour que les ongles ne produisissent pas d'ulcérations.

Les muscles de la partie antérieure du bras se prirent à leur tour, puis les grands dentelés, les grands dorsaux, les rhomboïdes et les angulaires. Le bras finit par être appliqué contre le tronc, et les mouvements devinrent impossibles.

Rien ne put arrêter l'évolution du mal, et la malade, qui restait sur un fauteuil, fut obligée de s'aliter, car les muscles du tronc furent atteints à leur tour.

Mme X... avait, bien entendu, perdu son centre de gravité et présentait une incurvation de la colonne vertébrale, par laquelle, ainsi que l'a signalé Duchenne, elle cherchait à remédier au défaut de stabilité ; mais bientôt elle dut, ainsi que nous le disons, rester dans la position horizontale. Enfin, les muscles du cou furent atteints ; cela est, on le sait, très rare.

Chez la malheureuse malade, dont je rapporte l'histoire, les extenseurs de la tête furent véritablement détruits, à tel point que la tête se fléchissait sur la poitrine, et que, pour la

soutenir dans la position normale, on fut obligé de faire passer sur le front une serviette, qui était fixée à un crochet planté dans la muraille, derrière le lit de Mme X...

Du côté de l'appareil de la vision, elle eut du strabisme interne de l'œil gauche ; donc, paralysie du droit externe ; de plus, nous avons constaté l'existence du signe d'Argyll Robertson.

Nous attirons l'attention sur la présence de ces symptômes, dont nous discuterons la valeur tout à l'heure. Enfin, il y eut un affaiblissement marqué de la vision.

Du côté de l'appareil digestif, il se produisit une parésie du voile du palais ; la déglutition était difficile, sinon impossible, car il n'y eut jamais paralysie complète.

Rien à l'estomac, ni aux intestins.

Du côté de l'appareil urinaire, il y eut aussi de la parésie peu prononcée de la vessie ; le cathétérisme ne fut jamais nécessaire.

Quant à l'appareil respiratoire, la malade avait de la dyspnée, dès qu'elle essayait de faire un mouvement quelconque, ou dès qu'on la remuait ; au repos, rien d'anormal ne se produisait. Ce n'est que dans les grandes inspirations que l'on constatait les symptômes indiqués par Duchenne (dépression de l'épigastre et des hypocondres, au moment de l'inspiration, et dilatation de la poitrine ; mouvements opposés pendant l'expiration).

Il y avait donc parésie du muscle et non paralysie. Bien entendu, il y eut atrophie musculaire ; la main se présentait sous le même aspect que dans l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne.

Mme X... se plaignit, au début, ainsi que nous l'avons dit, de fourmillements dans les membres et aussi d'une sensation de froid presque continue. Un peu plus tard, elle eut des crises douloureuses qui duraient souvent plus de vingt-quatre heures et qui étaient surtout localisées sur le trajet des nerfs.

Ces douleurs siégeaient principalement aux membres supérieurs ; elles étaient lancinantes et d'une violence telle

qu'elles arrachaient des cris à la malade, qui ne pouvait supporter le moindre contact. Cette souffrance atteignait aussi les membres inférieurs, mais elle était moins intense.

En ce qui regarde la sensibilité, la malade percevait le contact d'un corps appliqué sur la peau, determinait le siège de ce contact, mais n'appréciait pas l'intensité d'une pression ou d'une traction exercée sur les téguments. La température des objets était mal ressentie ; pas de dissociation de la sensibilité.

Pas de réflexe plantaire ; abolition des réflexes tendineux. Madame X... présenta aussi des troubles mentaux graves ; presque dès le début de son mal ; elle était anxieuse : « J'ai peur, disait-elle, et je ne sais pourquoi. » Pas d'agitation, mais des hallucinations de la vue : elle voyait des sphères de flammes, des êtres informes, disait-elle. Peu à peu, il se développa une véritable confusion mentale : la malade parlait, sans qu'on pût établir de lien entre ses phrases ; elle ne répondait que très mal aux questions posées. Amnésie, absence absolue de volonté ; la malade tombait dans un véritable état de stupeur. Huit mois après le début des accidents, Madame X... présenta, du côté des appareils respiratoire et circulatoire, des phénomènes caractérisés par de la lenteur des inspirations, une augmentation de durée de la pause respiratoire, des palpitations cardiaques très vives, de la dyspnée ; puis, se développa une congestion pulmonaire ; enfin, brusquement, une syncope vint clore la scène et la malade succomba.

Les pneumogastriques, ou du moins leurs noyaux d'origine, avaient donc été atteints.

Telle est l'histoire résumée de la maladie qui a frappé notre cliente. Avions-nous affaire à une névrite alcoolique ?

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, si les membres supérieurs et les membres inférieurs étaient envahis, les premiers semblaient plus frappés, puisque les douleurs étaient beaucoup plus vives à leur niveau. La motilité était plus atteinte que la sensibilité ; cependant, on trouvait chez notre malade certains symptômes qui pouvaient faire penser à

l'existence de l'alcoolisme : ainsi, le steppage, l'amyotrophie, la paralysie d'un des muscles du globe oculaire, les troubles psychiques ; toutefois, j'acquis la conviction que jamais Madame X... n'avait présenté des signes d'intoxication éthylique.

Le confrère qui, avant moi, lui avait donné des soins et qui était son médecin depuis de longues années, était absolument affirmatif sur ce point. Pendant son attaque d'influenza, on n'avait pas eu recours aux boissons alcooliques. Il ne pouvait être, non plus, question de névrite saturnine, ni de névrite diphtérique.

Dans la névrite lépreuse, on retrouve certains des symptômes que nous avons signalés chez notre malade, tels que : l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, la griffe Eran-Duchenne, etc. ; mais rien n'était en faveur de cette maladie qui, d'ailleurs, a une durée beaucoup plus longue, durée se comptant par des années (vingt ans et plus).

Bien entendu, nous n'avons pas songé au béribéri.

Une question se posait : Avions-nous affaire à une névrite d'origine périphérique ou à une affection de la moelle ?

Chez notre malade, les membres paralysés n'étaient pas flasques, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire chez les polynévritiques ; pas d'exagération des réflexes tendineux, au contraire ; pas de trépidation épileptoïde du pied ; pas de démarche spasmodique, mais du steppage. Donc, raisons pour et contre la polynévrite, mais certainement pas de paraplégie spasmodique.

Nous trouvions-nous en présence d'une paraplégie flasque ? Il n'y avait pas d'anesthésie marquée ; pas de syndromes de Brown-Sequard (hémiparaplégie, avec anesthésie croisée) ; pas de troubles de la vessie et du rectum ; pas d'eschares de la région fessière ou des talons ; la sclérose en plaques devait évidemment être abandonnée.

Avions-nous affaire à la poliomyélite antérieure aiguë ? Cette affection se développe souvent à la suite d'une maladie infectieuse ; mais le mode de début de cette poliomyélite est brusque, ce qui est rare dans la névrite périphérique.

Dans la poliomyélite antérieure, la paralysie laisse souvent indemnes les extrémités des membres, et il est rare que les nerfs crâniens soient frappés, au contraire de ce qui arrive dans la névrite.

L'exploration électrique nous dévoila l'existence de la réaction de dégénérescence, mais elle ne nous servit pas pour faire notre diagnostic entre la poliomyélite antérieure aiguë et la névrite, car aucun des muscles atteints ne recouvra sa motilité volontaire.

Dans la poliomyélite antérieure, les douleurs sont moins vives que dans la névrite. Chez notre malade, il y avait de l'œdème des membres, ce qui se voit souvent dans la polynévrite, et pas de coloration violacée ni d'abaissement de la température, comme dans la poliomyélite antérieure. D'un autre côté, il y eut des troubles psychiques, ce qui ne se voit guère dans la poliomyélite.

J'écarte également le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique et la syringomyélie.

Je devais évidemment songer à l'existence du tabes. En faveur du tabes, je me trouvais en présence des symptômes suivants : sensation d'engourdissement, de fourmillement sur le trajet du cubital ; puisque, ainsi que je l'ai dit, les nerfs de l'avant-bras se trouvèrent pris ; signe d'Argyll Robertson, paralysie de la sixième paire, enfin, certains symptômes du côté du pneumogastrique.

En faveur de la névrite périphérique, j'avais la douleur provoquée par la pression sur les troncs nerveux et la masse musculaire, la réaction de dégénérescence, la paralysie, l'amyotrophie, la position du pied, le steppage, de la maladresse dans les membres supérieurs au début, de l'œdème des membres inférieurs, de l'affaiblissement de la vision atteignant les deux yeux, des troubles psychiques qui ne ressemblent en rien à ceux qui se montrent dans l'ataxie locomotrice, quand elle s'accompagne de méningo-encéphalite ; enfin, le tabes a une durée beaucoup plus longue que le mal qui avait frappé notre malade.

Pour toutes ces raisons, nous conclûmes que nous avions affaire à une polynévrite ; mais cette polynévrite était-elle seule ou associée à une autre affection ?

En effet, les membres inférieurs furent les premiers atteints, puis les membres supérieurs ; et enfin, le tronc et la partie supérieure du corps. Il est bien difficile d'admettre qu'il y ait eu une névrite ascendante, à la fois dans tous les nerfs malades ; il semble, je crois, qu'il y ait eu aussi myélite ascendante et nous aurions l'association d'une myélite et d'une polynévrite d'origine interne.

Au sujet de la polynévrite, nous devons dire que nous ne croyons pas devoir lui attribuer les accidents psychiques que nous avons signalés. Les maladies infectieuses produisent souvent des phénomènes semblables et les psychoses que l'on observe dans de tels cas affectent surtout la forme de la confusion mentale.

Pour notre part, nous ne comprenons guère qu'une polynévrite pût, à elle seule, déterminer des troubles cérébraux ; et quand on lit les observations des psychoses polynévritiques qui ont été publiées, on s'aperçoit que le malade a été victime d'une intoxication ou d'une auto-intoxication.

Nous croyons que c'est encore ici la maladie primitive qui est la cause de tous les accidents.

Nous nous sommes trouvé en présence d'une maladie infectieuse qui a atteint non seulement les nerfs, mais encore et surtout les centres.

Nous ne nous dissimulons pas que l'absence d'examen post-mortem constitue une grave lacune dans notre observation ; mais, comme il arrive presque toujours pour les malades de la ville, la nécropsie fut refusée par la famille.

Il nous a semblé néanmoins qu'il serait peut-être intéressant d'apporter notre contribution à l'étude des accidents nerveux de l'influenza : c'est pourquoi nous avons eu l'honneur de vous soumettre ce travail.

Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques

Par le Dr GRASSET, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Longtemps on a accusé les hystériques de faire et d'appliquer une anatomie et une physiologie fantaisistes et personnelles, quand on les voyait présenter des symptômes à distribution segmentaire, c'est-à-dire, par exemple, des anesthésies occupant des segments de membre et limitées par une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre, une ligne d'amputation ou de désarticulation.

On était presque tenté de considérer comme une preuve de simulation, en tout cas on considérait comme d'origine nécessairement corticale ces symptômes à distribution paradoxale par rapport à la distribution connue des nerfs périphériques et des racines nerveuses.

Aujourd'hui, l'opinion des neurologistes s'est entièrement modifiée.

Depuis les beaux travaux que Brissaud a accumulés et ceux qu'il a provoqués, on sait que des lésions médullaires, parfaitement authentiques et constatées à l'autopsie, peuvent produire des symptômes à distribution segmentaire ; certaines anesthésies des syringomyéliques, notamment, ressemblent, à s'y méprendre, à des anesthésies hystériques.

Aujourd'hui, on sait distinguer et opposer, sur un membre donné, trois ordres différents de distribution : la distribution nerveuse (lésion des nerfs : territoire anatomique des nerfs périphériques), la distribution radiculaire (lésion des racines : bandes longitudinales, parallèles entre elles et à l'axe du membre) et la distribution métamérique ou segmentaire (lésion de la moelle, du métamère spinal : segments limités par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du membre).

Quoique déjà fort avancée (pour son âge) et brillamment documentée, l'histoire de cette distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas terminée.

Cette étude a principalement et à peu près exclusivement porté sur les symptômes trophiques comme les zonas et certaines dermatoses et sur les symptômes sensitifs comme les anesthésies totales ou dissociées (nous y joindrons volontiers certaines paresthésies ou mieux acroparesthésies).

Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire.

C'est sur cette lacune que je voudrais attirer l'attention des cliniciens, en vous rapportant sommairement un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une malade atteinte de sclérose en plaques.

Il s'agit d'une femme de 40 ans que j'ai encore dans mon service (salle Achard Espéronnier, n° 6).

Dans ses antécédents pathologiques, on ne trouve qu'une influenza, il y a 6 ans, suivie d'une bronchite interminable, dont le déclin paraît s'être enchaînée avec la maladie actuelle.

Cette maladie actuelle a débuté, il y a 2 ou 3 ans, par des vertiges. Puis sont survenus : une impotence de la jambe gauche avec raideur, puis une hémianesthésie gauche, puis le tremblement du bras droit, sur lequel nous allons revenir, et qu'elle constate brusquement un jour, en garnissant une lampe.

Plus tard, la parole devient et reste scandée, spasmodique, monotone, caractéristique. Le tremblement, tout en restant beaucoup plus marqué au bras droit, s'étend, notamment à la tête, qui, quand elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité.

Dans les membres gauches, l'hémianesthésie a disparu ; il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite), et surtout diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles, attitude du pied en equin, douleurs spontanées et à la pression des troncs nerveux, réflexes tendineux exagérés, et diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence.

J'arrive enfin au tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici.

Ce tremblement est nettement intentionnel ; il n'apparaît nullement au repos.

On ordonne le mouvement classique de porter un verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte : pour saisir le verre, la malade tremble beaucoup, et de plus en plus, si l'on déplace le verre et si on rend plus long et plus difficile cet acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à la bouche sûrement, sans trembler, et, même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement. Mais de nouveau, quand le verre étant près de la bouche, il faut faire les mouvements nécessaires pour boire, le tremblement reparaît et augmente, si on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est facile d'analyser cette particularité qui, à première vue, ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme elle porte correctement un verre à sa bouche.

En réalité elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques ; seulement il est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras. Alors il apparaît nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider ; mais il n'apparaît pas du tout, quand, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche.

De même il lui est impossible, à cause des tremblements, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire ; mais si on immobilise bien le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace bien une ligne horizontale droite, à condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, c'est un tremblement segmentaire, en gant.

Ceci n'est ni classique ni fréquent dans la sclérose en plaques.

Pierre Marie exprime en effet l'opinion générale et courante quand il dit : dans la sclérose en plaques le tremblement « est massif, c'est-à-dire qu'un membre tout entier, le tronc, la tête, soit conjointement, soit séparément, se trouve emporté par ses oscillations. C'est donc tout le contraire de ce qui se passe pour la plupart des autres tremblements que l'on pourrait qualifier de *segmentaires* parce qu'ils n'affectent guère qu'une très petite portion d'un membre (la main, les doigts). De plus, le tremblement de la sclérose en plaques est surtout un tremblement partant de la racine du membre, tandis que la plupart des autres tremblements en affectent de préférence la périphérie. »

A ces deux points de vue, le tremblement de notre malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose en plaques : au lieu d'être massif il est segmentaire, au lieu de porter sur la racine du membre il en affecte exclusivement l'extrémité.

A cela on pourrait objecter que ma malade n'est peut-être qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques.

Je reconnais que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourrait faire penser à l'hystérie.

Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies persistantes à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement, le tremblement de la tête, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité galvanique et faradique... prouvent qu'il y a une lésion.

Peut-être avons-nous une association hystéro-organique; mais ia lésion organique parait aussi certaine que possible pour une malade encore vivante. Et s'il y a lésion, cela ne peut être qu'une sclérose en plaques.

En tous cas, alors même qu'on n'accepterait pas mon diagnostic, un fait reste incontestablement acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main.

Or, habituellement, quand on analyse un tremblement, on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute

et de l'influence que les mouvements volontaires exercent ou non sur son intensité, mais on ne s'occupe pas de sa distribution.

C'est là, ce me semble, un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs.

On arrivera ainsi à localiser, mieux qu'avec les autres caractères, le siège de la lésion : on devra distinguer le tremblement distribué suivant la distribution anatomique des nerfs, le tremblement distribué suivant la distribution des racines et enfin le tremblement distribué suivant les métamères spinaux.

En d'autres termes et c'est la conclusion sur laquelle je désire attirer l'attention des neurologistes : en présence d'un tremblement, il ne faut plus, pour l'analyser et le définir, se contenter de dire : 1° s'il est rapide ou lent ; 2° si les mouvements volontaires le suppriment ou le font naître et croître ; mais aussi il faudra 3° tâcher de voir quelle est sa distribution et par suite si c'est un tremblement nerveux périphérique, un tremblement radiculaire ou un tremblement segmentaire spinal.

Hémilatéralité des symptômes de la chorée

Par le Dr Oddo (de Marseille).

L'étude attentive et suivie d'un très grand nombre de choréiques au Dispensaire des enfants malades, m'a permis de faire quelques remarques sur la semeiologie de Sydenham. L'anatomie pathologique, l'expérimentation, la pathologie comparée ne nous ont appris que peu de choses sur la nature de cette mystérieuse affection, c'est donc jusqu'à nouvel ordre sur le terrain clinique qu'il faut poursuivre les investigations.

Je ne veux aujourd'hui mettre en relief qu'un fait général, c'est la tendance habituelle de la chorée de Sydenham à la distribution hémilatérale dans son expression symptomatique. Cette hémilatéralité habituelle s'observe pour les mouvements choréiques, l'affaiblissement musculaire, les troubles sensitifs et les troubles de la réflectivité patellaire à un moindre degré.

I. — Hémilatéralité des mouvements choréiques

D'après les descriptions classiques les mouvements du choréique sont le plus souvent généralisés, parfois hémilatéraux plus rarement prédominants d'un côté, c'est ce qui résulte notamment de la statistique de Rilliet et Barthez.

D'après mes observations personnelles il en est tout autrement : la prédominance hémilatérale est la plus fréquente, 65 fois sur 121, et je me trouve d'accord avec Leroux sur ce point. Puis vient l'hémichorée que j'ai observée 38 fois. Enfin la chorée généralisée et symétrique ne s'est présentée à moi que 19 fois. Les détails qui vont suivre expliqueront les écarts de ma statistique et de celles de quelques auteurs.

A. — De l'*hémichorée* j'ai peu de chose à dire. Elle est moins fréquente que ne l'indiquerait un examen superficiel, car, ainsi que le dit Leroux, il est très rare qu'on observe pas quelques mouvements ébauchés et espacés dans le côté sain en apparence.

J'ajoute que l'hémichorée s'étend le plus souvent aux muscles de la face et reste limitée au même côté que les membres. L'hémichorée se rencontre avec une grande fréquence des deux côtés (côté droit 12, côté gauche 13).

L'hémichorée pure (très rare) ou accompagnée de quelques mouvements ébauchés peut être considérée comme le prototype de la localisation des mouvements choréiques, celui où s'accuse le plus nettement la tendance à l'hémilatéralité.

B. — La chorée à *prédominance hémilatérale* est la forme la plus commune. Voici comment les choses se passent dans les différentes variétés de cette seconde forme.

Des mouvements choréiques apparaissent d'abord dans les membres supérieurs, mais ils restent très peu de temps localisés au membre thoracique. En effet, les mouvements du membre inférieur passent inaperçus pendant quelque temps de la famille et du malade lui-même. Lorsque le malade est présenté à cette période, la mère ne parle que du mouvement

du bras alors que les mouvements du membre crural homolatéral sont déjà très visibles. Bientôt la face se prend à son tour et la prépondérance hémilatérale complète est constituée à ce moment.

Mais en même temps des mouvements apparaissent dans le côté opposé, débutant ainsi par le bras et suivant la même marche avec un retard et une intensité moindres : la face est le plus souvent respectée de ce côté. Dans les cas les plus nombreux le côté qui est pris le second est aussi celui chez lequel les mouvements restent les plus faibles, et la prépondérance est conservée vers le côté primitivement atteint. La persistance de la prépondérance du même côté pendant toute la durée de l'atteinte constitue la variété qu'on pourrait appeler la *Prédominance hémitatérale fixe.*

Il est assez commum de voir la prédominance hémilatérale se maintenir du même côté à l'occasion des recrudescences, des rechutes et même des récidives qui sont si fréquentes chez les choréiques.

J'ai rencontré la prédominance hémilatérale fixe 43 fois. 22 fois à droite, 21 fois à gauche.

Une seconde variété est constituée par le passage de la prépondérance d'un côté à l'autre du corps. C'est la *prédominance hémilatérale alternante* que j'ai rencontrée 13 fois seulement, elle est donc bien plus rare que la variété fixe. Il faut remarquer aussi que la translation ne se produit guère qu'à l'occasion d'une recrudescence, plus souvent d'une rechute ou d'une récidive. Exceptionnellement j'ai vu la prépondérance passer d'un côté à l'autre au cours de la période d'état de la chorée. En somme, c'est par une nouvelle poussée hémilatérale que se fait la recrudescence ou la rechute, et il semble qu'elle ait d'autant plus de chance de se produire d'un autre côté, que la poussée première est plus éloignée.

Dans ces deux variétés, fixe ou alternante, l'hémilatéralité est la règle presque absolue dans la prédominance des mouvements choréiques, et je n'ai vu qu'une seule fois à titre transitoire la prépondérance croisée.

Dans ces deux variétés également la prépondérance hémilatérale fixe ou alternante persiste pendant toute la durée de la maladie, à aucun moment il n'y a symétrie dans les mouvements choréiques.

Il n'en est plus de même dans un autre groupe de faits, la prédominance hémilatérale ne se rencontre que pendant une partie de la durée de la maladie, puis la répartition et l'intensité des mouvements choréiques se réalisent pendant une autre période. A cette catégorie appartiennent 24 observations dans laquelle j'ai vu tantôt la prédominance précéder la symétrie et tantôt le contraire avec une égale fréquence.

Cette succession d'une période symétrique et d'une période de prédominance hémilatérale n'est pas une donnée opposée à l'idée de l'indépendance relative des deux côtés du corps dans la production des mouvements choréiques. Il faut considérer que dans cette catégorie des cas comme dans les variétés précédentes la chorée a une évolution différente dans chacun des côtés du corps comprenant une période d'augment d'accusé, de décroissance. Dans la variété à prédominance fixe il y a différence d'intensité, dans la prédominance alternante il y a succession entre les deux hémichorées où les deux courbes se superposant pendant une partie de leur trajectoire, soit à la période de croissance ou de décroissance, la symétrie est alors réalisée, les deux courbes divergent dans une autre partie de leur trajectoire pendant laquelle la prédominance est réalisée. Autrement dit, lorsque la prédominance hémilatérale existe pendant tout le temps de la maladie on a affaire à deux hémichorées d'une égale intensité, ou d'évolution successive. Au contraire, lorsque la symétrie existe à un moment donné on a affaire à deux hémichorées qui ont temporairement une égale intensité.

C. — On pourrait étendre ce raisonnement aux cas où la chorée est restée symétrique pendant tout le temps de la maladie, et dire qu'on a affaire en pareil cas à deux hémichorées évoluant simultanément et d'égale intensité. D'ailleurs, ainsi que je l'ai dit en commençant, cette distribution

symétrique et permanente des mouvements choréiques ne se rencontre que dans une assez faible minorité des cas. Et encore ce chiffre de 19 contre 106 est-il au-dessus de la vérité, car la prédominance hémilatérale échappe souvent à la famille et elle a pu se produire au moment où les malades n'étaient pas soumis à mon observation.

Il résulte de ce qui précède que l'hémilatéralité est la règle habituelle dans la localisation des mouvements choréiques, avec des variantes qui constituent des formes un peu différentes.

Nous retrouvons encore l'hémilatéralité dans les autres symptômes de la chorée, et, chose importante, l'hémilatéralité de tous les symptômes se superpose habituellement à celle des mouvements choréiques.

II. — Affaiblissement musculaire

L'affaiblissement musculaire prédomine en effet, dans les deux membres où les mouvements sont plus intenses. Le malade se présente alors avec un bras pendant le long du corps ou soutenu par le membre du côté opposé, traîne les jambes du même côté, la pointe du pied frotte le sol et s'il fait des chutes, c'est toujours de ce côté. L'examen dynamométrique pratiqué chez tous les choréiques m'a donné constamment des différences considérables entre les deux côtés, et le côté le plus faible est toujours celle de l'hémichorée ou de la prépondérance. Cela ne veut pas dire bien entendu que les deux symptômes aient une intensité proportionnelle, puisque dans la chorée molle l'élément parétique l'emporte et qu'on voit fréquemment au contraire les deux phénomènes prédominer successivement l'un sur l'autre. Mais ce qui est constant c'est la superposition de la localisation hémilatérale de la chorée et de l'élément parétique. Il y a plus, dans quelques observations de chorée intense généralisée symétrique, le dynanomètre accusait un chiffre plus faible d'un côté et quelques jours après le malade revenait avec des mouvements prédominants de ce même côté.

Quant à la distribution paraplégique de l'affaiblissement musculaire je ne l'ai rencontrée que deux fois, bien qu'elle soit décrite comme assez fréquente.

III. — Troubles de la sensibilité

Ici encore la règle est tout aussi absolue avec cette différence que je n'ai pas retrouvé les troubles sensitifs avec la même constance que l'affaiblissement musculaire.

Je ne parle pas des stigmates hystériques, de l'hémianesthésie, de l'ovarie, dont la distribution hémilatérale n'a rien à voir avec l'hémilatéralité de la chorée elle-même.

Les douleurs à l'émergence des racines rachidiennes qui m'ont paru plus rares que le dit Triboulet, siègent elles aussi du côté de la prépondérance des mouvements, comme l'avait dit Triboulet lui-même.

Les douleurs des membres spontanées ou à la pression siégeant au niveau des masses musculaires, les douleurs le long d'un trajet nerveux, les douleurs siégeant au niveau et surtout au pourtour des articulations (je parle bien entendu de celles qui n'ont rien à voir avec le rhumatisme) les paresthésies, les engourdissements, etc., étaient toujours superposés à l'élément moteur, dans mes observations, sauf de très rares exceptions.

Troubles des réflexes patellaires

L'étude des réflexes tendineux chez les choréiques est extrêmement intéressante, je me propose d'y revenir dans un prochain travail. Le plus souvent les réflexes sont supprimés, comme l'a dit Joffroy. Très souvent aussi des mouvements choréiques se produisent à la suite de la percussion tendineuse, produisant un mouvement de flexion ou de latéralité, c'est ce que je propose d'appeler le réflexe paradoxal du choréique. Enfin, dans une troisième catégorie de cas, le réflexe est exagéré. L'hémilatéralité des troubles réflexes n'est pas aussi fréquente que pour les autres symptômes et

fréquemment on voit par exemple une suppression complète de deux côtés, alors que le mouvement, la parésie, les douleurs prédominent franchement d'un côté. Mais ce qui est la règle c'est que lorsque le réflexe est diminué, aboli ou exagéré d'un côté seulement, ce qui se rencontre dans un tiers des cas environ, c'est toujours du côté où les mouvements choréiques prédominent.

Il résulte de ce qui précède que l'hémilatéralité est la disposition élective des divers symptômes de la chorée. Je ne veux pour le moment rien en déduire, au sujet du mécanisme physiologique ou de la localisation des troubles organiques ou dynaniques de la chorée ; mais je pense qu'il faudra tenir compte de l'hémilatéralité dans les théories qu'on peut émettre sur cette question encore si obscure aujourd'hui.

SÉANCE DU JEUDI 6 AVRIL

A 2 heures de l'après-midi

Le Congrès procède à l'élection du Président du Congrès de Limoges, en 1901.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Votants	42
M. Ballet	40
M. Vallon	1
Bulletin blanc	1

M. Ballet remercie.

Note sur l'Asile d'Aliénés de Marseille, son passé, son présent et son avenir

Par les Drs BOUBILA, MAUNIER et COSSA.

Vous avez visité, hier, l'Asile St-Pierre. Construit en 1838, pour recevoir 800 malades au maximum, sur un plan qui avait le mérite de l'unité et de la symétrie, il répondait à l'idéal que l'on se faisait alors d'un asile bien compris. Mais combien sont nombreuses les imperfections que l'hygiène y relève aujourd'hui, au double point de vue du bien-être physique et moral de l'aliéné !

Vous avez vu ces cours étroites, bornées, sans horizon, sans ombrage en été, véritables cours de prison, où l'on semble avoir voulu mesurer parcimonieusement à l'aliéné, comme au détenu, l'air, la lumière, et surtout la vue des champs et des prairies verdoyantes, les vastes horizons, si utiles pour le traitement des vésanies. Vous avez vu ces chambres d'isolement, ces anciennes cellules, où le soleil n'entre jamais ; qui n'ont d'accès que sur un couloir obscur, et ne prennent le jour que par une fenêtre sur la cour de la division.

Que nous sommes loin de cet idéal, d'un asile construit dans un site riant, un peu surélevé, dominant la campagne, avec un large horizon et de grands jardins !

Vous avez vu aussi, Messieurs, l'encombrement de tous nos quartiers ; particulièrement de nos divisions de gâteux, où nous sommes dans la nécessité d'entasser pêle-mêle des déments, des agités et des impotents. Et cet encombrement ne fait qu'augmenter, avec le chiffre tous les jours croissant de nos admissions !

Nous avons réuni, en un tableau comparatif, les chiffres de la population masculine et féminine de l'Asile St-Pierre, depuis 1887 (1).

(1) Notre statistique ne remonte pas au delà de 1887 ; avant cette date, l'asile St-Pierre hospitalisait les malades du département du Var, qui sont aujourd'hui internés à l'asile de Pierrefeu.

Nous y avons ajouté, en regard, les chiffres correspondants de la population de Marseille. L'étude de ces tableaux vous montrera le nombre des aliénés, s'élevant tous les jours d'un mouvement plus rapide que celui de la population. Cet accroissement doit éveiller l'attention de l'Administration supérieure, car il menace de déborder l'enceinte trop étroite de notre asile.

Sur l'initiative du Service médical, la Commission administrative s'est préoccupée, depuis longtemps, de cette situation. Elle a paré au plus pressé, en construisant des quartiers supplémentaires : le pensionnat des hommes et son quartier de traitement ; les bâtiments actuels de l'Administration, pour installer le pensionnat des dames dans ses anciens locaux ; la division des épileptiques femmes, etc. Et ainsi, depuis un quart de siècle, elle a dû verser, tous les 5 ou 6 ans, dans un bâtiment nouveau, le trop-plein des quartiers anciens. Récemment encore, elle a mis en adjudication la construction d'une infirmerie de femmes qui va être commencée incessamment.

Mais cette méthode de nécessité a de graves inconvénients. Ces constructions surajoutées pour les besoins du moment à l'ancien plan de l'asile, n'ont fait qu'en exagérer les défauts primitifs : elles ont rétréci les cours déjà trop étroites, borné l'horizon déjà trop borné ; et si l'on ne se décide à adopter un ensemble de mesures plus radicales mais plus conformes à une compréhension prévoyante des choses, on aura dans quelques années une agglomération disparate de bâtisses, disposées sans ordre ni symétrie, encombrant la campagne de l'asile déjà trop exiguë, et, ce qui est plus grave, défectueuses comme hygiène !

Cette situation, nous ne l'ignorons pas, n'est pas spéciale à l'asile St-Pierre. On a dû se préoccuper un peu partout, mais surtout dans les asiles qui sont aux abords des grandes villes, de l'augmentation inquiétante du chiffre des aliénés. On a signalé depuis longtemps les inconvénients que présentaient, au point de vue administratif aussi bien qu'au point

de vue médical, ces énormes agglomérations de 1.200, 1.500 et même 1.800 aliénés. On est d'accord sur ce désideratum, qu'il ne faudrait pas que la population totale d'un asile dépassât 5 ou 600 malades, et qu'un même Médecin en chef en eût plus de 300 dans son service. Or, à St-Pierre, nous avons près de 1.300 malades, et chacun de nos services compte plus de 600 aliénés !

Nous avons pensé qu'il était du devoir des médecins de l'asile de signaler cette situation inquiétante à l'attention des pouvoirs compétents, et d'emprunter la publicité du Congrès pour donner plus de portée à leur voix. Elle n'a pas échappé, du reste, à la sollicitude des administrations à qui il incombe de l'améliorer ; et nous savons que l'on s'en est souvent préoccupé, non seulement au sein de la Commission administrative, mais aussi dans le cabinet de M. le Préfet. Il serait à désirer que l'on entrât résolument dans la voie des réformes, car la situation ne fait que s'aggraver de jour en jour.

Plusieurs projets ont été proposés pour y remédier : la création de fermes suburbaines où l'on évacuerait tous les chroniques valides ; — l'aliénation des terrains de l'asile St-Pierre, et la construction, dans les environs de Marseille, d'un ou même de deux asiles, pour éviter les inconvénients d'une trop grande agglomération de malades, etc. Il ne nous appartient pas de discuter en détail l'économie de chacun de ces projets ; mais nous croyons devoir dire quel est celui qui nous paraît répondre le mieux à toutes les exigences de l'hygiène, aux nécessités d'une bonne administration et aux besoins de l'enseignement de l'aliénation mentale à Marseille, dont nous ne devons pas nous désintéresser.

Il est en effet, Messieurs, une idée chère aux Marseillais, aux médecins surtout, c'est celle de voir un jour Marseille dotée d'une Faculté de Médecine. Et l'administrateur chargé de solutionner l'hospitalisation des aliénés doit se préoccuper de réserver aux abords de la ville une clinique pour l'enseignement des maladies mentales.

Nous éliminons d'emblée le second des projets dont nous

avons parlé, celui qui transporterait l'asile en totalité dans les environs : il se heurte à cette difficulté, que l'enseignement de l'aliénation mentale, à Marseille, deviendrait impossible, à cause de l'éloignement.

Le 1er projet, celui qui consisterait à évacuer les chroniques valides dans des fermes ou colonies agricoles, semble, au premier abord, plus pratique : il diminuerait de façon notable, semble-t-il, l'encombrement de l'asile. Mais, — sans compter que le système des fermes ou colonies agricoles n'a pas encore fait ses preuves, — nous savons tous que les malades tranquilles et valides, pouvant ainsi être mis en liberté relative, constituent une proportion très minime dans la population d'un asile. L'évacuation de ces malades serait pour l'asile St-Pierre un allègement insuffisant : elle ne permettrait pas d'apporter un remède aux nombreuses imperfections que nous y avons signalées ; on ne pourrait pas démolir un seul de nos quartiers.

Il existe un troisième projet, qui répond à tous les besoins, à toutes les préoccupations, et qui, disons-le tout de suite, a toutes nos préférences. En voici l'économie, en quelques lignes :

Construire, dans les environs de Marseille, deux asiles suburbains, un pour les hommes, l'autre pour les femmes, que l'on doterait de tous les perfectionnements de l'hygiène moderne, et où l'on hospitaliserait tous les chroniques et les incurables. A ces deux asiles pourraient être annexées plus tard, si besoin était, des fermes ou colonies agricoles, situées à leur proximité et sous leur dépendance directe. D'autre part, laisser seulement, à St-Pierre, un service d'admission, où seraient retenus, pour les besoins de l'enseignement, les malades aigus et, pour un certain temps, les chroniques. Le nombre de ces malades exigerait 300 lits au maximum.

Réduit à ce chiffre, l'asile St-Pierre pourrait redevenir ce qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être, un asile modèle, digne de la grande ville dont il porte le nom. Point ne serait besoin pour cela, d'édifier des constructions nouvelles : il suffirait

d'élaguer le fouillis des bâtisses anciennes. Un plan d'une grande simplicité s'imposerait : conserver dans chaque section (hommes et femmes), la 1re division et l'infirmerie ; ces quatre quartiers ne laissent rien à désirer comme installation ; tout au plus faudrait-il y apporter quelques améliorations de détail ; nos 300 malades de l'admission y seraient largement et confortablement logés. Démolir tout le reste, c'est-à-dire d'un côté comme de l'autre, la 2me, la 3me, la 4me et 5me division, et transformer leur emplacement en vastes jardins ; annexer à chaque infirmerie un petit pavillon, où l'on installerait les salles d'hydrothérapie et quelques chambres d'isolement ; replacer l'administration dans ses anciens locaux, — et l'on aurait un ensemble de constructions, disposées sur un plan symétrique, un peu surélevées, avec des jardins et un horizon largement ouvert.

Ce plan, il est facile de s'en rendre compte sur les planches ci-contre, c'est celui de 1838, celui d'Aubanel, mais simplifié par suppression de ce qu'il avait de défectueux et de ce qu'on avait dû y ajouter depuis.

Nous nous bornons ici à indiquer les grandes lignes du projet. Il resterait bien des questions à résoudre. Conserverait-on à St-Pierre, à côté de l'admission, les pensionnats ? Laisserait-on celui des hommes où il est ? Installerait-on les dames pensionnaires dans le nouveau bâtiment qui va être construit pour l'infirmerie des femmes ? Utiliserait-on les bâtiments actuels de l'administration en les vendant à la Ville pour y installer l'Université de Provence, comme on l'a proposé, vente qui couvrirait en partie les dépenses d'une aussi grande entreprise ? Il ne nous appartient pas, et ce n'est pas ici le lieu, d'étudier la réalisation budgétaire de ce projet. Qu'il nous suffise, à nous médecins de l'asile, d'avoir signalé par la voie du Congrès, combien ce problème de l'hospitalisation des aliénés à Marseille est digne d'intérêt, et d'avoir indiqué la solution qui nous paraît répondre le mieux à toutes les exigences de la situation.

Chute émotionnelle et généralisée du système pileux

Par le Dr Bidon, médecin des Hôpitaux de Marseille.

Dans son traité sur *La Pathologie des Emotions*, Féré signale la chute des cheveux progressive au cours de soucis prolongés, rapide à la suite d'émotions vives. Il ajoute qu'elle se combine souvent à la canitie ultérieure précoce. Il emprunte même à Thompson (The passions of animals) les observations d'un merle et d'une linotte grise qui perdirent leurs plumes après une grande terreur et se recouvrirent ensuite d'un plumage définitif tout à fait blanc.

L'homme dont je rapporte l'histoire fournit un exemple curieux et nouveau de l'influence des violentes commotions morales sur le système pileux de notre espèce.

H... est un enfant trouvé, de 1808, que l'Administration a placé tout jeune à Quinson (Basses-Alpes). Ses nourriciers l'employèrent comme berger, et la vie au grand air dans un excellent climat en fit un garçon alerte, insouciant et robuste, à la chevelure abondante et blonde, aux cils et aux sourcils bien fournis.

A 17 ans il est en parfaite santé, ne boit pas de spiritueux, ne fume pas et n'a contracté aucune affection vénérienne. Chargé de ramener un troupeau à la foire de Barjols, il arrive auprès de cette ville le 27 septembre 1825, vers 1 heure du matin. Il chemine à petits pas, gravissant une côte où la lune resplendissante jette de larges plaques de lumière entre de grandes ombres noires produites par les broussailles qui bordent la chaussée, au pied de vieux marronniers touffus. Pâtre dès l'enfance, il connaît trop le calme et la sécurité de la campagne méridionale pour avoir la moindre crainte à vaguer ainsi dans le silence où le piétinement de son troupeau crépite et se mêle seul à la chanson des insectes nocturnes, stridente et continue. Tout à coup, au tournant de la route, il aperçoit une forme blanche, imprécise, qui se glisse rapide et s'évanouit sans bruit entre les arbres. Il en éprouve une grande terreur, redoutant une apparition surnaturelle. Epouvanté, il

saute dans la prairie voisine, entraîne en hâte son troupeau, s'enfuit vers le village. Il parcourt cinquante mètres peut-être et se trouve, en pleine lumière, en face de plusieurs chevaux et d'un grand mulet blanc qu'il connaissait pour les avoir bien des fois pansés et conduits. Il rit de sa terreur, revient tranquillement sur la route, rentre à la ferme, se couche à 5 heures du matin et s'endort. A 6 heures 1/2, il se lève, s'habille, se coiffe, puis va sur le champ de foire sans rien remarquer d'anormal. A 8 heures, il passe à côté du comte de La Salle et respectueusement se découvre pour le saluer. Quelle n'est pas sa surprise ! Son chapeau est rempli de ses cheveux et sa tête est complètement chauve. Les jours suivants, il perdit peu à peu mais en entier les sourcils et les cils. *Cet état est demeuré définitif.*

A ce moment, il avait à peine quelques poils blonds au pubis : leur nombre n'a jamais augmenté. A 18 ans, la barbe apparaît blonde, mais très peu fournie. Adulte, il n'a donc jamais été velu, mais s'est bien porté et ne paraît pas avoir eu de troubles génitaux. A 44 ans, il a souffert de malaises gastriques expliqués, dit-il, par son travail dans la poussière de plâtre. A 78 ans, il monte un jour sur une échelle, chargé d'un sac de charbon ; un barreau se brise, il tombe et reçoit le sac sur les lombes : il en souffre beaucoup et présente presque de suite une diarrhée émotive qui persiste plusieurs mois. Cette maladie n'est pas encore finie, lorsque sa maison s'écroule pendant son repas (4 mars 1887, à midi 1/2) : il se réfugie sous la table et ne reçoit aucune blessure ; sa femme, très peu contusionnée, meurt d'effroi à son dire. A la suite de cette nouvelle émotion, les poils restants tombent tous à la fois et la diarrhée guérit subitement.

Le 26 mars 1893, à 85 ans, il est admis à l'Hospice Ste-Marguerite, à cause de l'incapacité de travail occasionnée par ses douleurs lombaires.

Aujourd'hui, j'ai affaire à un splendide vieillard de 91 ans, robuste, bien fait, intelligent et marchant avec joie au centenaire de sa naissance. Sa force musculaire est bien conservée,

mais il a peine à se tenir bien droit, à cause des douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses et les orteils, provoquées par l'attitude verticale. Cependant la palpation n'apprend rien : peut-être y a-t-il eu fracture incomplète et vicieusement consolidée d'un corps vertébral, ou plutôt polyarthrite de la région contusionnée. En tout cas, ni paralysie, ni déformation autre qu'un peu de gonflement dans les premiers jours.

Le facies de cet homme est typique : il tient à la fois du comédien et du berger madré. La calvitie est absolue : le cuir chevelu, sans un cheveu, sans le moindre duvet, ne diffère en rien de la peau du front. Les sourcils et les cils font entièrement défaut, ce qui donne au visage une expression inattendue et rend les yeux clignotants. Il n'y a pas trace de moustaches ; le menton et toute la partie latérale des joues sont tout à fait glabres. En avant et en bas de chaque côté, aux environs des commissures labiales sur le point de la joue correspondant aux 1re et 2me molaires inférieures, dans un espace de 3 à 4 centimètres carrés à peine, on compte une quinzaine de poils blancs, longs seulement de 2 à 3 millimètres, quoiqu'on ne les rase jamais ; ils sont tellement fins que le sujet les ignore ; pour les apercevoir, il faut regarder obliquement la face sur le fond lumineux d'une fenêtre. Enfin le visage n'est presque pas ridé.

Il n'existe, nulle autre part ailleurs, la moindre trace du système pileux : pubis, aisselles, thorax, dos, membres, doigts sont glabres, dans le sens le plus rigoureux du mot.

Pour tout le reste, les fonctions de la peau sont normales, les glandes sudoripares et sébacées en bon état, les ongles des mains et des pieds, sains et bien développés. Les dents, quoique noires et mal soignées, sont régulières et peu usées : la première molaire inférieure gauche et la première molaire supérieure droite se sont fracturées.

Quelle interprétation faut-il fournir de cette perte du système pileux en deux temps, et chaque fois après une émotion ?

Suivant les données de la psychologie expérimentale,

dans les émotions pénibles, les pulsations cardiaques et les mouvements respiratoires se ralentissent. Les vaisseaux périphériques se contractent, la durée de réduction de l'oxyhémoglobine augmente, la résistance électrique s'accroît. Les fibres musculaires cutanées érigent les poils (chair de poule). La peau se refroidit à la fois par ischémie, par ralentissement des combustions et par évaporation d'une sueur souvent abondante due à un désordre nerveux. Il est probable aussi que l'action trophique des nerfs s'affaiblit.

Tout nous porte donc à croire que le bulbe pileux a été détruit chez ce malade par l'ébranlement émotionnel. Les troubles circulatoires d'une part, la suspension de l'action trophique de l'autre, expliquent comment les choses ont dû se passer, bien que nous ne puissions pas en pénétrer tout à fait le mécanisme. A 17 ans, à la suite d'une grande frayeur, il perd tout son système pileux, actif à ce moment (cheveux, sourcils, cils). Les bulbes de la région pubienne ont peut-être résisté parce qu'ils avaient à nourrir un poil encore rudimentaire : mais ils ont subi une sérieuse atteinte, car jamais ils n'ont pris de développement complet en nombre ni en longueur. Ceux de la barbe et des aisselles ne fonctionnaient pas encore et cependant ils paraissent avoir été gênés dans leur expansion ultérieure.

Cette influence dystrophique est encore mise en lumière par l'action de la diarrhée émotive qui, vers 78 ans, commence à dépouiller un peu le pubis, les joues et les aisselles. La grande émotion qu'il ressentit lors de l'écroulement de sa maison, termina la diarrhée de façon subite et fit tomber tous les poils restants.

Peut-être pourrait-on rapprocher ce fait de ce qui a lieu chez les hystériques, quand une crise (rappel d'émotion) guérit un symptôme tenace pour le remplacer par un autre.

Claudication hystérique guérie par suggestion

Par le Dr H. Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille.

Denise J..., est fille d'un artiste peintre, à volonté faible et visage asymétrique ; sa mère était violente et souffrait d'une myélite; son frère est exalté, migraineux ; sa sœur herpétique et rhumatisante. Les pleurs et les cris de sa mère ont rendu sa vie bien difficile ; mais plus particulièrement attachée à son père elle a bientôt partagé ses goûts et ses occupations artistiques. Elle a vécu ainsi jusqu'à trente-cinq ans sans histoire pathologique ou sentimentale, sans autre pensée que son travail et ses devoirs religieux. Cependant la mère, dont le caractère s'aigrissait, dominait de plus en plus son mari ; un jour Denise ne voyant pas revenir ses parents de la campagne alla les chercher et les trouva morts, suicidés.

A cette vue elle tomba sans connaissance en d'affreuses convulsions. Dès ce moment les crises convulsives se reproduisirent en très grand nombre, souvent plusieurs fois par jour. Elle prit néanmoins la succession artistique de son père et travailla beaucoup au milieu de préoccupations d'affaires aussi vives que sa douleur morale. A la suite d'une crise elle resta boîteuse. Dès lors elle ne put sortir qu'en s'appuyant sur une canne et sur le bras de sa sœur, encore sa démarche était-elle très lente, de plus la raideur spastique et douloureuse de la jambe gauche provoquait des convulsions quand la promenade était trop longue. Pendant trois ans un praticien distingué mit en œuvre les principales ressources de la thérapeutique hygiénique et médicamenteuse sans profit aucun, puis me confia cette malade. J'entrepris la cure en octobre 1888.

Je me trouvai en présence d'une fille de 38 ans, triste, émaciée, douloureuse, qui s'était traînée à mon cabinet en s'appuyant à droite sur un parapluie et donnant à gauche le bras à sa sœur. Elle me raconta sa lamentable histoire et quand elle parla du suicide elle fut prise d'une forte crise de grande hystérie à période tonique prédominante, clonisme modéré, attitude passionnelle à peine ébauchée, sans délire.

Le côté gauche tout entier était hypéresthésié, surtout aux membres inférieurs; il ne constituait pour ainsi dire qu'une vaste zone spasmogène. Les membres gauches étaient en diathèse de contracture; la moindre excitation provoquait un raideur douloureuse des muscles et la crise. Pas de trouble oculaire ; l'ouïe était très fine, égale des deux côtés. Comme troubles viscéraux rien qu'une profonde anorexie.

Mis au courant de la thérapeutique suivie, je pensai que l'hypnotisme restait la seule ressource, et je commençai le traitement psychique. La fixation du regard provoquait bien un peu d'engourdissement, puis les yeux se convulsaient en haut et en dedans et les convulsions éclataient. Les passes n'eurent pas plus de succès : après de très longues séances elles donnaient un assoupissement insuffisant. Je finis par découvrir un point hypnogène tout à fait au sinciput où la pression déterminait un relâchement subit de tous les muscles volontaires; les yeux se ferment, la tête s'appuie sur le dossier du fauteuil, Denise pousse un soupir et paraît endormie. Elle entend cependant tout ce qui se dit et se fait, mais rien ne l'impressionne ; toute sa pensée est concentrée sur moi et sur la volonté de guérir que je lui impose. Au réveil elle se souvient des plus minimes incidents (même des bruits de la rue, aussi longtemps que des faits accomplis dans l'état de veille, ce qui gêne beaucoup les suggestions posthypnotiques, et m'empêche de provoquer des hallucinations que le sens critique aurait certainement repoussées. Mais dans le somnambulisme la suggestibilité était très grande pour les ordres de guérison.

Dès que je pus agir je combattis de suite les trois symptômes menaçants : anorexie, crises et claudication. La perte d'appétit céda de suite : à la première hypnose je sommai la malade de manger un morceau de viande rôtie, un fragment de chocolat, une pomme et du pain, aliments pour lesquels elle éprouvait de l'horreur. Ce repas absorbé sans difficulté, je profitai du souvenir restant à l'état de veille pour rappeler que l'alimentation n'avait pas nui et ordonner qu'à

l'avenir elle fît du bien. Depuis ce jour Denise a continué à très bien manger

Les séances d'hypnotisme ont eu lieu d'abord trois fois, puis deux fois, enfin une fois par semaine. Les crises commencèrent bientôt à s'espacer et à devenir moins intenses. S'il fallut trois ans pour les supprimer, la malade apporta dès le début une extrême énergie à les combattre : au moindre prodrome elle criait « *faut pas ! faut pas !* » et luttait jusqu'au dernier moment contre les convulsions.

A mesure que les attaques perdaient de leur fréquence et de leur intensité un symptôme accessoire passait au premier plan. Il y avait bien dès le commencement de la maladie des accès de céphalalgie, mais, à mesure que les crises s'espacèrent, ils se rapprochèrent et prirent une grande importance. La douleur commençait par une sensation de morsure à la tempe gauche, se généralisait et devenait atroce, sous forme d'enfoncement de clou, de dilatation de la tête, de battements temporaux. Elle empêchait les mouvements, obligeait à garder le lit et rendait l'hypnose très difficile. Au début elle se répétait tous les dimanches pendant l'office : les modifications de coiffure et de cérémonies ne donnèrent aucun résultat. Ces accès furent très fréquents pendant l'année 1891 ; la médication opiacée procura un peu de détente, si bien qu'à partir de 1892 ils devinrent exceptionnels (une fois tous les trois ou quatre mois environ).

Malgré tous mes efforts l'état du membre inférieur gauche restait stationnaire. *Au lit* il paraissait en bon état, exécutant sans raideur ni gêne d'aucune sorte tous les mouvements actifs et passifs. Cependant il était très sensible au contact et toute excitation un peu forte provoquait une contracture passagère, s'étendant très vite au membre supérieur pour peu qu'elle fût intense et déterminant souvent une crise hystérique. *Dans l'appartement* la station et la démarche sont normales ; après une grande fatigue seulement la jambe gauche paraît très lourde et traîne un peu sur le sol. Les réflexes tendineux de ce côté sont très exagérés et la per-

cussion tend à rappeler la contracture ; il n'y a pas de troubles trophiques. Denise marche en général très bien, mais éprouve un peu de peine à gravir un escalier intérieur de vingt degrés. Le membre supérieur gauche paraît un peu plus lourd que l'autre. *Au dehors* la scène change tout à fait. Dès que Denise se prépare à faire une promenade, sa jambe gauche se montre moins solide. La faiblesse n'a rien de grave tant qu'il s'agit de descendre les trois étages d'escalier. Mais à son arrivée sur le trottoir, le membre inférieur gauche se contracture en extension avec déviation du pied en varus direct et flexion forcée des orteils; elle doit recourir à l'appui d'un bras étranger du côté gauche tandis que la main droite porte sur une canne. La démarche est extrêmement gênée car la malade se contente de traîner après elle ce membre comme une barre fixée à son bassin et ne peut guère s'y appuyer. Au moindre accident qui survient dans cette région éclate une crise convulsive. En voiture ou sur une chaise, à la promenade, la contracture s'atténue au point de permettre la flexion du genou ; mais les muscles restent toujours alors raides, endoloris, en imminence de contracture d'extension.

L'anorexie avait disparu dès le début du traitement (octobre 1888), les crises avaient cessé en 1891, les douleurs de tête, à partir de 1894, ne revenaient pour ainsi dire plus. Et cependant la claudication persistait malgré toutes mes suggestions ; j'expliquais vainement en hypnose le spasme de la jambe par la persistance d'une idée fixe ancienne qu'il fallait oublier.... qui s'oubliait.... qui était oubliée.

Sur ces entrefaites la *Revue de l'Hypnotisme* recommanda pour renforcer les suggestions de les écrire et de les discuter avec le sujet pendant la veille, puis de les imposer pendant l'hypnose par les procédés habituels. Je tentai de suite l'expérience en déclarant que je venais de découvrir un procédé infaillible. Je rédigeai la suggestion suivante que je commentai et fis accepter avant de provoquer le sommeil : « Vous savez et vous êtes convaincue que votre jambe gauche n'est pas malade. C'est seulement la peur de souffrir qui la rend

douloureuse et raide. Aussi à partir de cet instant vous n'avez plus peur de souffrir, vous oubliez que cette jambe a été malade, vous allez marcher. » J'hypnotisai alors Denise et pendant environ demi-heure de somnambulisme (durée habituelle) je lui répétai cette lecture toutes les cinq minutes, comme autrefois je *disais* ma suggestion. Comme à l'ordinaire encore je lui ordonnai de se réveiller bien et peu à peu, puis je partis à 8 heures 1/2 du soir, la laissant se reposer éveillée sur son fauteuil, car habituellement si on la faisait marcher de suite après l'hypnose une crise convulsive se produisait.

A vrai dire je n'espérais rien : les idées que je venais de suggérer étaient celles que j'imposais toujours sous des formes variées. Denise connaissait dans les deux états mon opinion sur ce sujet puisque la personnalité normale conservait le souvenir de l'état second ; enfin j'avais souvent à l'état de veille exprimé mon avis sur le mode de guérison en le résumant ainsi : « Vous guérirez quand vous aurez oublié que votre jambe est malade. »

Aussi le lendemain avais-je complètement oublié Denise que je comptais revoir dans une quinzaine de jours. Quelle ne fut pas ma surprise lorsque le surlendemain du jour où je l'avais endormie, elle se fit annoncer chez moi. On l'introduit : elle est seule ; toute joyeuse elle me raconte que depuis hier soir elle est guérie. Elle a quitté plus robuste qu'à l'ordinaire le fauteuil où je l'avais laissée, a bien dîné et bien dormi. Le lendemain elle s'est levée avec plaisir et s'est sentie si bien de sa jambe qu'elle a voulu tenter une course au dehors : elle est sortie avec sa sœur et après avoir fait quelques pas en se tenant comme à l'ordinaire, elle a jugé qu'elle pouvait se passer de toutes précautions. Elle s'est d'abord débarrassée de la canne, puis s'est risquée à abandonner tout appui, n'a plus éprouvé ni crainte, ni spasme et a pu cheminer ainsi pendant environ deux cents mètres. Sa joie fut immense ; elle se déclara guérie, et le lendemain, voulant me consacrer sa première visite, elle était venue *seule* me trouver. Pour cela elle avait descendu trois étages d'escalier, suivi

pendant deux cent cinquante mètres des rues assez fréquentées, traversé deux voies très passagères où elle avait auparavant grand'peur de s'engager à cause des nombreuses voitures, enfin gravi une côte assez raide de quatre-vingt mètres pour arriver à mon domicile ; le voyage de retour s'effectua de même sans encombre.

A dater de ce jour Denise a été débarrassée de sa claudication spasmodique. L'anorexie n'est plus revenue. Une seule fois (trois ans après la guérison) elle a été prise d'une attaque convulsive à la suite de la chute imprévue d'une grande planche : cette crise laissa les membres gauches très faibles et un peu raides ; je provoquai l'hypnose et renouvelai ma suggestion en relisant le texte précieusement conservé. Aujourd'hui, cinq ans après la disparition de la contracture, la guérison est complète (sauf quelques courts accès de céphalalgie) quoique les conditions de vie morales et matérielles n'aient pas changé.

En résumé, une hystérique atteinte de crises convulsives, de céphalée, de contractures intermittentes et d'anorexie a été guérie par l'hypnotisme. L'appétit est revenu ; les crises vite espacées et affaiblies ont été progressivement remplacées par de pénibles accès de céphalalgie. Les maux de tête ont disparu à leur tour peu à peu. La claudication par contracture momentanée rebelle pendant 5 ans a cédé tout à coup et d'une manière définitive La guérison a donc été obtenue par une dissociation symptomatique progressive. La malade, semble-t-il, était en proie à plusieurs idées fixes subconscientes développées au moment des premières crises; la suggestion n'a pu les expulser d'un trait quoique je me sois efforcé dès l'abord de les combattre toutes. Le peu d'intensité de l'hypnose permettant un polyidéisme exagéré explique le peu de pénétration des ordres. Denise en conservait du reste le souvenir entier à l'état de veille, et pouvait alors exercer sur eux son pouvoir critique. Aussi au lieu d'arriver à la guérison d'emblée elle a perdu beaucoup de temps, pour se convaincre de ma puissance; elle n'en doutait plus dans les derniers temps.

La rédaction écrite, acceptée par le sujet, puis répétée mot pour mot par l'hypnotiseur a-t-elle joué un rôle important ? Elle a guéri d'un seul coup la malade, mais je pense que son action a été indirecte. Denise a vu que j'allais pratiquer une intervention nouvelle, insolite, et dont je disais le plus grand bien; cet ensemble a provoqué une puissante autosuggestion, et le procédé s'est comporté comme le médicament à la mode, guérissant d'abord tout le monde. Denise a cru que j'allais la guérir ainsi et elle a guéri par ce moyen comme elle aurait pu le faire avec les pilules de *mica panis*.

Il s'agit bien ici d'autosuggestion, et non d'une manière nouvelle d'imposer la suggestion. Sans doute un sujet dont l'état premier ignore toutes les manifestations de l'état second, aura profit à connaître éveillé les suggestions qui lui seront faites. De cette façon la personnalité consciente est suggestionnée et prédispose l'inconscient à mieux accueillir l'ordre prescrit. Mais chez Denise le souvenir de tout ce qui se passait en hypnose persistait à l'état de veille. Mes suggestions n'avaient pas varié depuis cinq ans; éveillée ou endormie elle savait que je voulais détourner son attention du membre malade et lui faire oublier hypéresthésie et claudication. Cependant rien ne réussit jusqu'au jour où j'écrivis et méditai avec elle une suggestion dont tous les termes lui étaient familiers déjà. Sans modification de fond, une simple modification de forme a suffi pour obtenir ce que cinq années de traitement n'avaient pu donner.

La leçon à tirer de cette observation est que la suggestion est une arme extrêmement difficile à manœuvrer. Malgré une expérience déjà grande de ce procédé, j'ai lutté cinq ans sans résultat et j'ai obtenu une guérison subite en lisant quelques paroles que j'avais dites bien des fois sans succès.

Dégénérescence et Neurasthénie

Par le Dr H. Bidon, médecin des Hôpitaux de Marseille.

On appelle dégénéré un être qui en présence d'obstacles à son évolution n'a pu se développer dans le sens du progrès

de l'espèce ; il a dévié vers des formes pathologiques dont l'enchaînement conduit à sa disparition ou à celle de sa descendance.

Tous ses organes peuvent présenter des vices d'organisation ou de fonctionnement ; le système nerveux est le plus altéré. Même quand il ne souffre pas de graves désordres il reste débile, s'use avec rapidité et ne résiste pas aux chocs dont le conflit constitue notre milieu. Mais tous les centres nerveux ne subissent pas une égale déchéance : la plupart s'atrophient, d'autres en général inférieurs s'hypertrophient parfois et le manque d'équilibre accompagne la faiblesse mentale. Alors on observe d'extraordinaires aptitudes pour la musique ou le dessin par exemple (centres en suractivité), chez des imbéciles incapables de raisonner (centres défaillants) et livrés aux impulsions (paralysie des centres frénateurs avec automatisme des zones excito-motrices). La dépression de la sensibilité engendre l'hypochondrie ; son excitation fait les égoïstes, les jaloux, les joueurs ou bien les altruistes. L'anesthésie mentale conduit à la folie morale. Les obsessions et plus encore les impulsions traduisent la faiblesse de la volonté. Tels sont les dégénérés involutifs.

A côté existent les évolutifs, les progénérés, génies partiels à lacunes énormes, philonéistes acharnés, capables d'accomplir les plus nobles actions sous l'empire de l'idée fixe. Ils constituent le levain de la Société que leur foi soulève à la longue.

Pour conclure, ce système nerveux est fragile et déséquilibré. Vaincu dans la lutte entre l'organisme et la nature, le dégénéré ne peut plus se plier aux circonstances : il entre en évolution anormale, sa descendance s'adapte moins encore et sa race disparaît. Du berceau à la tombe il souffre de ce conflit comme l'ont bien montré Magnan et Legrain.

Dans une famille où la tare est lourde les enfants meurent avant ou peu après la naissance. Les moins écrasés par l'hérédité survivent mais leur développement est ralenti : dentition, marche, langage, intelligence s'établissent tard, et au moindre malaise des convulsions surviennent.

Dans la seconde enfance la violence du caractère et les troubles de la sensibilité morale se trahissent par la cruauté envers les faibles, la vive impressionnabilité, les obsessions, les terreurs nocturnes. L'automatisme médullaire produit la masturbation, le gâtisme, les convulsions, les paralysies, même l'épilepsie.

La puberté parfois est précoce ; plus souvent elle est tardive et lente. Les obsessions, l'onanisme, les anomalies du sens génital apparaissent ou augmentent. L'excitation va jusqu'aux attaques d'hystérie, aux folies menstruelles. L'anémie et la chlorose sévissent.

Adulte et livré à lui-même ce malade est un crédule ou un soupçonneux, un utopiste qui ne comprend et ne respecte pas la loi et souvent se livre à l'alcoolisme. Tous les facteurs physiologiques se liguent contre lui. Son extrême sensibilité aux modifications atmosphériques l'expose aux maladies vite compliquées de délire à forme de folie précoce, récidivante et souvent lucide. Les plus résistants même se fatiguent, perdent leurs forces, se préoccupent de leur santé : ce sont des neurasthéniques. D'autres, qui ont vécu de façon à peu près normale jusqu'à la fin de la période génitale, sont pris à ce moment, surtout à l'occasion de la ménopause, de véritables explosions temporaires de délire.

La *neurasthénie*, proche voisine de la dégénérescence, consiste aussi dans la perte d'équilibre du système nerveux affaibli. Un surmenage quelconque fatigue le point trop excité ; peu à peu l'ébranlement s'étend, se généralise, et le myélencéphale épuisé tout entier présente les réactions de la faiblesse irritable : réponses promptes, brèves, exagérées. Cela dure parce que l'épuisement est toujours long et parfois impossible à réparer. La neurasthénie, comme la dégénérescence, marque ainsi la défaite de l'homme dans la lutte pour la vie.

Toute grande fatigue, toute convalescence est une neurasthénie passagère finissant au retour des forces.

D'après mes observations, la cause en est à peu près toujours un surmenage. L'exagération du travail de l'esprit, les

émotions trop nombreuses ou trop vives nuisent le plus: Les affections viscérales surmènent aussi par les douleurs, les préoccupations et les troubles nutritifs qu'elles déterminent. Mais les émotions ont une capitale importance et je les regarde seules comme capables d'engendrer la névrose chez un sujet non préparé (Thiroux).

En général il faut une prédisposition acquise ou héréditaire. Acquise elle s'établit à la suite des labeurs, des soucis, des maladies, puis éclate au choc d'une cause banale agissant sur un organisme sans résistance. L'élément le plus actif est la prédisposition héréditaire que j'ai retrouvée 156 fois sur mes 200 observations.

Le tableau I indique la répartition de mes malades d'après leur âge (à l'invasion du mal), leur sexe, la nature de l'hérédité, l'intensité de la névrose ([1]) et les rapports de ces divers facteurs.

TABLEAU I

Sexe	HOMMES : 106																											
Age	10 à 20				20 à 30				30 à 40				40 à 50				50 à 60				60 à 70				70 à 80			
Forme	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale
Hérédité :																												
Nulle	1	»	»	»	4	»	»	»	1	4	1	»	»	2	»	»	3	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»
Arthritique	»	2	1	»	3	4	»	2	4	4	2	2	2	2	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Mentale	»	»	2	6	»	»	»	7	»	»	»	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Névropathique	»	2	2	1	»	5	4	2	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Névro-arthritique	2	1	1	1	3	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Alcoolique	»	1	2	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplectique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
	3	6	8	9	10	10	4	12	6	9	6	5	2	4	2	1	5	1	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»
Totaux	26				36				26				9				6				2				1			

(1) J'ai groupé mes observations artificiellement en trois groupes : la forme légère a seulement quelque signes peu inquiétants ; la moyenne gêne assez le travail ; la cérébrale produit de fortes céphalalgies et une grande difficulté de travail ; la mentale empêche de travailler : obsessions, phobies, etc.., la complètent. Ces distinctions ne sont pas toujours nettes.

TABLEAU I *(suite)*

Sexe	FEMMES : 94																							
Age	10 à 20				20 à 30				30 à 40				40 à 50				50 à 60				60 à 70			
Forme	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale	Légère	Moyenne	Cérébrale	Mentale
Hérédité :																								
Nulle	»	»	»	»	3	»	»	»	9	4	»	»	3	1	1	»	1	»	1	1	»	1	»	»
Arthritique	»	»	»	»	4	2	»	»	7	3	»	»	3	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Mentale	»	»	1	3	»	»	»	5	»	»	»	8	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Névropathique	1	3	»	3	»	1	1	1	»	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Névro-arthritique	2	2	»	1	1	2	»	1	1	»	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Alcoolique	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplectique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
	3	6	1	7	8	5	1	7	17	8	4	10	6	1	3	1	2	»	2	1	»	1	»	»
Totaux	17				21				39				11				5				1			

La neurasthénie sans hérédité (44 cas) survient 19 fois de 30 à 40 ans, au paroxysme de la concurrence vitale, atteint 19 hommes et 25 femmes ; est 26 fois légère, 14 fois moyenne, 3 fois cérébrale et 1 fois mentale.

L'*arthritisme*, tare de 53 malades, est surtout actif de 30 à 40 ans dans les deux sexes (37, dont 21 hommes et 16 femmes) et parfois même avant 20 ans (3 garcons). Il produit 26 formes légères, 17 moyennes, 6 cérébrales, 4 mentales.

L'*hérédité mentale* apparaît de bonne heure : sur 37 cas, 12 éclosent avant 20 ans, 12 de 20 à 30 ans, 11 de 30 à 40 ans et 2 de 40 à 50 ans. Elle ne produit que des formes rebelles (3 cérébrales et 34 mentales) signe évident de sa gravité.

Les *névropathies* des ascendants existent 34 fois. La névrose débute tôt sous les formes légère (1), moyenne (13), cérébrale (12) ou mentale (8).

Le *névro-arthritisme* a aussi une action précoce, maxima de 10 à 30 ans (19 faits) sur les deux sexes. Il embrasse 24 cas, dont 9 légers, 6 moyens, 4 cérébraux, 5 mentaux.

L'*alcoolisme*, agit plus tôt encore, 5 fois de 10 à 20 ans, et 1, de 30 à 40 : 1 léger, 2 moyens, 2 cérébraux, 1 mental.

L'*hérédité apoplectique* fait sentir ses effets seulement de 50 à 70 ans : 1 cas léger, 1 cérébral.

Le second tableau II montre l'action de chaque cause déterminante sur les malades à prédispositions variées.

TABLEAU II

CAUSES	HÉRÉDITÉ							TOTAL
	Nulle	Arthritique	Névro-arthritique	Apoplectique	Alcoolique	Névropathique	Mentale	
Pas de cause apparente.	0	0	0	0	0	2	17	19
Surmenage...........	15	15	8	0	2	8	5	53
Chagrins.............	4	7	5	1	2	5	3	27
Emotions.............	8	3	3	0	1	4	3	22
Préoccupations	1	9	5	0	0	2	2	19
Excès génitaux.......	2	6	1	0	0	2	4	15
Masturbation..........	0	1	0	0	0	1	0	2
Grippe.	7	3	1	0	0	0	0	11
Ménopause............	1	1	0	0	0	2	2	6
Etat puerpéral........	0	2	0	0	0	2	1	5
Syphilis..............	2	2	0	0	0	0	0	4
Artério-sclérose.......	1	2	0	0	0	1	0	4
Perte de la fortune....	2	0	0	0	0	2	0	4
Alcoolisme et surmenage	1	1	0	1	0	0	0	3
Traumatisme.........	0	1	0	0	1	0	0	2
Polype nasal.........	0	0	0	0	0	1	0	1
Entérite..............	0	0	0	0	0	1	0	1
Rhumatisme	0	0	0	0	0	1	0	1
Blennorrhagie.	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL....	44	53	24	2	6	34	37	200

Le *surmenage professionnel* entraîne 53 fois la maladie : il abat même les sujets sains (15) et arthritiques (15).

Les chagrins interviennent 27 fois, même quand l'hérédité est peu chargée. Les *préoccupations* arrivent 19 fois au même résultat et dans les mêmes conditions ; les *émotions* 22 fois. En groupant tous les surmenages physiques et mentaux on constate leur intervention dans 121 cas.

Les *excès génitaux* (17 observations dont 2 par masturbation) se rencontrent chez les arthritiques (7), les mentaux (4) les névropathes et les non-héréditaires (2).

La *grippe* a causé 11 neurasthénies dont 7 chez les non héréditaires et 3 chez des arthritiques.

La *ménopause* a été 6 fois seule en jeu : les filles de nerveux ou d'aliénés sont les plus frappées. L'état puerpéral est intervenu 5 fois (2 arthritiques, 2 nerveuses, 1 mentale).

La *syphilis*, et la *misère*, l'*artério-sclérose* ont agi 4 fois chacune, de préférence chez les sujets arthritiques et sains.

J'ai vu 3 fois l'*alcoolisme, joint au surmenage physique* avec l'hérédité légère, 3 enfants de nerveux ont été neurasthénisés, le premier par un *polype nasal*, le deuxième par une entérite, le troisième par un *rhumatisme* articulaire aigu.

La *blennorrhagie* produit la même conséquence chez un névro-arthritique.

Enfin, 19 fois il m'a été impossible de découvrir un motif présidant à l'éclosion de la neurasthénie : 2 de ces sujets étaient sous le coup de l'hérédité nerveuse et 17 de l'hérédité mentale.

Ce long exposé met en lumière une vérité tout à fait conforme aux donnés de la pathologie générale : l'intensité de la cause déterminante est en raison inverse de la prédisposition héréditaire. Quand les tares ancestrales manquent, de violents surmenages sont seuls neurasthénisants ; avec une hérédité chargée, la maladie apparaît même sans cause appréciable.

Il n'est pas rare en outre de voir la névrose suivre une autre affection. Quand celle-ci agit isolément elle figure à sa place au tableau précédent ; quand elle est masquée par d'autres facteurs le cas est compté avec la cause importante. Au total, j'ai observé 28 neurasthénies secondaires, 6 consécutives aux dyscrasies, (2 diabètes, 2 néphrites, 1 rhumatisme, 1 entérite), et 16 fois à la suite d'infections (1 blennorhagie, 4 syphilis, 11 grippes). Je n'insiste pas sur cette influence des infections, plus particulièrement de la grippe, la plus débilitante pour le système nerveux.

Le rôle de l'hérédité dans la neurasthénie est donc le même que dans la dégénérescence, et les stigmates des deux

états sont analogues. Ils sont anatomiquement légers : l'adhérence du lobule de l'oreille les représente presque seule. Les stigmates fonctionnels consistent en sensations, plus pénibles que douloureuses, de couronne, de casque, de plaque ; en amyosthénie matutinale, atténuée par les repas, changeant d'un jour à l'autre ; en dyspepsie flatulente. Ils correspondent aux douleurs et à la débilité physique des héréditaires qui traînent leur vie d'un hôpital à un hospice.

Les stigmates psychiques se rapprochent encore plus de ceux de la dégénérescence. L'asthénie cérébrale rend l'intelligence paresseuse et prompte à la fatigue. Le sommeil est léger, court, presque jamais reposant. Le caractère oscille d'une dépression voisine de l'hypochondrie à une surexcitation gênante pour l'entourage. L'instabilité mentale, le défaut de résistance aux forces extérieures, la faiblesse de la volition marquent l'impuissance du système nerveux.

A cette défaillance de l'esprit semblable à la débilité mentale du dégénéré, s'ajoutent des syndromes épisodiques qui qui révèlent l'automatisme des centres et l'impuissance de l'inhibition. Alors les neurasthéniques à hérédité mentale sont victimes d'obsessions hypochondriaques (faux urinaires), etc., de phobies (peur des espaces, terreurs nocturnes sous forme de réveil angoissant, etc.), et en dernier lieu d'impulsions : la morphinomanie et la dipsomanie par exemple, sont produites par la nécessité d'un stimulant, le besoin d'oublier et le défaut de résistance aux désirs.

Les stigmates sociaux se retrouvent de même. Comme le dit Dallemagne, le neurasthénique déprimé est un vaincu de la vie, un impotent, un extra-social démoralisant tous les siens. La femme neurasthénique en particulier est une plaie pour ses parents ; elle désorganise bientôt son ménage et son action dissolvante est anti-sociale.

L'évolution de la névrose est chronique et le plus souvent stationnaire. Sur mes 200 observations, 8 se sont terminées par une guérison complète ; 2 ont abouti au ramollissement cérébral, 1 à la folie (onomatomanie) et 1 à la morphinomanie.

Les 186 autres malades sont en voie d'amélioration lente ; de nombreuses rechutes en font un état chronique parfois définitif.

On pourrait conclure de toutes ces analogies que la neurasthénie est une dégénérescence acquise : ses effets sur la descendance justifient cette opinion, car elle ouvre la porte à la dégénérescence toutes les fois qu'un croisement heureux ne vient pas l'arrêter. Ma statistique est probante à cet égard.

Sur mes 200 malades, 51 sont célibataires et 149 mariés. Parmi ces derniers, il y a 42 ménages stériles (soit 28,18 %) et 107 féconds (71,82 %) avec 152 enfants. Sur ce nombre il existe un enfant supérieur et 30 normaux ; 24 sont morts d'éclampsie précoce ; 20 présentent des troubles physiques, 5 de l'arthritisme, 4 de la débilité, 3 des paralysies infantiles, 2 sont tuberculeux, 2 chlorotiques, 2 scrofuleux, 1 obèse et 1 acropatique. 87 ont des tares psychiques, 35 bizarres ou impulsifs, 15 hystériques, 7 neurasthéniques, 5 idiots, 4 mélancoliques, 3 dipsomanes, 2 bègues, 1 vagabond.

Certaines familles sont intéressantes à ce point de vue. M. D..., vieillard neurasthénique, a un fils de 50 ans, goutteux (marié, 1 enfant sain), 1 de 40 ans, neurasthénique (marié sans enfant), une fille de 38 ans, neurasthénique-hypochondriaque, un fils de 33 ans dipsomane. M. N..., arthritique, émotif, a un fils neurasthénique avec idées de suicide, et une fille anxieuse. Le tableau généalogique suivant est typique :

Famille A

PÈRE ET MÈRE ARTHRITIQUES

1er Fils — Arthritique ; névropathe (sa femme : névropathe).
- fille neurasthénique obsédée
- garçon neurasth. — 3 enfants bizarres
- fille hystérique
- fille nerveuse
- fille nerveuse

2me Fils — Arthritique ; altruiste (sa femme : saine).
- fille hystérique
- garçon neurasth. obsédé (marié, sans enfants).
- garçon névropathe — 2 enfants sains
- fille hystérique

3me Fils — neurasthénique.
- 1 fils : fou, mort sans enfants

4me Fils — bizarre.

Par contre, deux hommes, d'ailleurs sains, mais neurasthéniques presque dès leur mariage, déploraient de n'avoir pas d'enfants ; guéris par le repos professionnel et la franklinisation, ils devinrent bientôt pères.

Ces 200 observations de neurasthénie prises dans la bourgeoisie marseillaise, montrent que névropathes et dégénérés sont rameaux d'un même arbre détachés à des niveaux différents, assez robustes à l'origine, desséchés au sommet. Une famille qui entre dans la voie régressive produit d'abord des nerveux ; ceux-ci donnent naissance à des névropathes plus malades, excités ou déprimés. De là sortent les neurasthéniques qui engendrent les névrosés et les dégénérés.

La décadence commence par un vice de nutrition, base de presque toute la pathologie des classes supérieures urbaines. L'alimentation trop azotée, le défaut d'exercice physique et l'excès du travail intellectuel ralentissent les combustions, et toutes les cellules en souffrent : l'arthritisme s'établit, et la famille qui ne sait pas se régénérer par l'apport d'un sang vigoureux va périr. En peu de générations ses derniers membres atrophiés de corps et d'esprit iront s'éteindre en quelque asile d'aliénés, expiant par leur déchéance la suprématie temporaire de leurs ancêtres. Dans nos grandes villes commerçantes, un nouvel arrivant robuste et tenace fait fortune ; ses fils arthritiques, peu laborieux, la conservent ; ses petits-fils névrosés, ses arrière petits-fils dégénérés la perdent pour céder la place à une autre famille.

Par ses apports incessants, la vie rurale permet seule aux peuples de subsister. Ses travaux physiques renforcent le corps, la lenteur et l'incertitude de ses résultats rendent l'esprit persévérant. Elle constitue ainsi une réserve d'hommes énergiques et sains qu'il faut à tout prix conserver ; et au milieu des dangers que traverse notre Patrie, la désertion des campagnes constitue le plus grand péril, celui qui ruina l'empire romain, celui que tout médecin, soucieux de l'avenir de notre race, doit signaler et combattre.

Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient

Par le Dr Paul FAREZ, Licencié en Philosophie,
Secrétaire-Général-adjoint de la Société d'Hypnologie et de Psychologie.

La fausse angine de poitrine n'est certes pas une nouveauté médicale et je n'ignore pas que l'on en a publié un grand nombre d'observations. Si, toutefois, je vous en rapporte un cas inédit, c'est qu'à mon sens on peut en tirer des indications précieuses en ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie.

Vers la fin du mois de septembre 1898, le jour même où je rentrais à Paris, je vois arriver à mon cabinet une de mes clientes toute affolée. Sa face est congestionnée, sa respiration haletante ; en proie à une émotion très angoissante, elle me raconte ceci : « Il y a trois jours, j'ai failli mourir ! J'ai été prise subitement d'une crise extraordinairement grave et j'ai souffert comme on ne saurait l'imaginer. Un docteur consulté en toute hâte s'est montré épouvanté de la gravité des manifestations et, après quelques hésitations, il a conclu à une angine de poitrine. Depuis lors, parlant de moi, il a dit que ce qui l'étonnait le plus, c'est que je n'eusse pas succombé. Mais il m'a bien prévenue : des accès analogues se renouvelleront ; je dois bien savoir qu'en de telles occasions je suis en danger permanent de mort. Il a même ajouté que quand je sortirais seule, je devrais toujours avoir sur moi mon nom et mon adresse, afin qu'on sût où me transporter en cas de malheur..... D'ailleurs, je le sens bien, au moment actuel je suis en imminence de crise et maintenant que vous voilà de retour, je viens sans tarder me remettre entre vos mains. »

Pendant toute la durée de l'accès dont il s'agit, cette dame a conservé sa pleine lucidité ; je la prie donc de me raconter en détail tout ce qu'elle a éprouvé.

Le début a été tout à fait brusque, la douleur paroxysti que a occupé tout le devant de la poitrine, le thorax était comme écrasé dans un étau, au point de donner la sensation et la terreur d'une mort prochaine. Et puis le cœur battait à tout rompre, « comme si, dit-elle, on l'avait attaché au bout

d'un bâton et violemment secoué. » En outre, les membres inférieurs étaient le siège d'un froid glacial, etc.

Toutefois, je fais préciser et bien mettre en lumière les points suivants :

1° L'accès n'a été provoqué par aucun effort, par aucune marche précipitée, par aucune ascension rapide ; il est survenu alors que, commodément assise dans un fauteuil, cette personne venait de se mettre à lire ;

2° Les troubles respiratoires étaient aussi accentués que les troubles cardiaques ; il y avait une dyspnée extrême et de l'anhélation. Le tout était apparu assez longtemps après le froid aux pieds ;

3° La face était non point pâle, mais fortement congestionnée ;

4° Pendant l'accès, la malade avait pu descendre plusieurs étages pour se rendre chez le médecin qui, habitant la même maison, mais retenu par sa consultation, ne montait pas assez vite au gré de la famille ;

5° Cette dame n'était restée pendant l'accès, ni immobile, ni calme, ni silencieuse ; au contraire, elle s'était montrée bruyante, tumultueuse, agitée ; elle avait proféré des cris et des plaintes ;

6° L'accès avait duré plusieurs heures ; la terminaison n'avait pas été brusque, mais lente et graduelle : elle avait comporté des mouvements spasmodiques des membres et du tronc, du tremblement des mains, du claquement des dents et du grimacement de la face, comme si, dit-elle, le menton avait voulu rejoindre le sternum. Et puis, les irradiations classiques n'existaient point. Il restait une courbature et une meurtrissure de tout le corps, ainsi qu'une lassitude générale ; enfin, les jambes paraissaient être « en coton ».

Tous ces caractères me font douter qu'il se soit agi d'une véritable angine de poitrine, d'une angine coronarienne. Le confrère, consulté en toute hâte pour une personne qu'il ne

connaissait pas du tout, mis en demeure de faire son diagnostic à brûle-pourpoint sans avoir pu faire raconter toutes les circonstances de la crise, obsédé surtout par la préoccupation d'instituer une intervention thérapeutique efficace, avait bien pu très naturellement commettre une erreur. Quant à moi, il m'était d'autant plus possible de rectifier le diagnostic qu'en sus des détails rapportés ci-dessus je connaissais les antécédents névropathiques de cette dame et que je la savais indemne de lésion cardiaque.

Cette personne, en effet, était venue me trouver trois ou quatre mois auparavant et je n'avais pas tardé à découvrir en elle des stigmates manifestes d'hystérie. Elle est aujourd'hui âgée de 35 ans, mariée et mère de famille. Il y a 15 ans, à la suite d'une très violente émotion, elle était tout à coup tombée dans un si profond sommeil qu'il avait, paraît-il, simulé la mort pendant plusieurs heures. A son réveil, elle ne se rappelait plus son nom et elle était restée plusieurs jours sans pouvoir articuler une syllabe. Puis, ses règles furent supprimées et, pendant les 15 mois suivants, elle a dû rester constamment dans son lit, tout à fait impotente : son estomac refusait toute nourriture et elle ne pouvait, raconte-t-elle, absorber qu'un verre de lait par jour ; en outre, ajoute-t-elle encore, elle était complètement insensible : les objets qu'on lui mettait dans les mains, elle les laissait tomber, faute de les sentir.

Au moment où je l'examine pour la première fois, elle présente un rétrécissement considérable du champ visuel pour les deux yeux, de l'anesthésie pharyngienne, de l'hémianesthésie droite, diverses plaques d'insensibilité sur le corps, etc. (1).

De très récentes et très violentes émotions, des contrariétés très vives, des discussions et des préoccupations de famille l'ont rendue d'une irritabilité extrême ; un coup de sonnette, une porte que l'on ouvre ou ferme, un bruit quel-

(1) J'ai, d'ailleurs, déjà eu l'occasion de m'occuper de cette dame dans mon travail sur le *Traitement psychologique du mal de mer et des vertiges de la locomotion*, Paris, Maloine, 1899, page 9.

conque la font tressaillir et lui causent un ébranlement moral très pénible. En outre, elle se plaint fort de palpitations et d'angoisse précordiale ; à coup sûr, prétend-elle, elle est atteinte d'affection cardiaque, et c'est pour cela qu'elle est venue me consulter.

L'examen le plus minutieux ne me fait découvrir aucun signe de maladie organique du cœur ou des vaisseaux. Les douleurs ne sont pas localisées sur le trajet d'un nerf ; elles occupent les régions précordiale et xyphoïdienne, elles sont spontanées ; la pression ne les provoque ni ne les augmente ; en outre, elles disparaissent par simple suggestion, lorsqu'on a endormi la malade. J'acquiers donc la conviction qu'il s'agit véritablement de *topoalgies*, c'est-à-dire de *précordialgie* et de *sternalgie*. Comme l'a dit Huchard, il y a là une sorte de sensation fixe et de « catalepsie de la sensibilité » ; le cœur bat de façon normale et modérée, mais contre une paroi dysesthésique, hypéralgique ; les battements sont douloureusement ressentis et, en cela, donnent une fausse sensation de palpitation.

Or, ces régions précordiale et sternale, dysesthésiques en ce qui concerne les battements cardiaques, présentent à leur surface cutanée une anesthésie complète à la piqûre. D'autre part, ces topoalgies qui, chez cette personne, cèdent si facilement à la suggestion ont une grande tendance à reparaître. Mais on sait que des troubles de cette nature cessent le plus souvent dès que l'on restaure la sensibilité locale. Je mets donc en œuvre les principales pratiques que comporte l'*œsthésiogénie* avec ses excitations variées (courants continus, balai faradique, pulvérisations de chlorure de méthyle, compresses mouillées, frictions sèches ou alcooliques, massage, etc.), si bien que quand cette malade sort de mon cabinet les douleurs ont complètement disparu et la région précordiale a recouvré sa sensibilité. Malheureusement, ce succès ne persiste guère au delà de quelques jours ; presque périodiquement cette malade me revient : les douleurs et les palpitations ont fait leur réapparition le matin même et la région précordiale est

de nouveau anesthésique. Mon succès, très réel sans doute, n'est cependant que relatif.

Très ennuyé de ces récidives incessantes, je me rappelle les beaux travaux qui ont été publiés sur les rêves pathogènes. Certains rêves peuvent survenir la nuit, ne laisser au réveil aucune trace dans la conscience présente, mais persister à l'état *subconscient*, puis, pendant la veille, conditionner certains états morbides. Et, d'autre part, le sommeil hypnotique permet de recouvrer le souvenir de tels rêves. Peut-être, dans le cas actuel, allais-je trouver quelque lumière de ce côté.

J'interroge cette dame à l'état de veille et elle me répond qu'elle n'a pas l'habitude de rêver la nuit. Alors, je l'endors, le plus facilement du monde, par simple fixation du regard, et, dans cet état, elle retrouve le souvenir des phénomènes qui surviennent pendant son sommeil naturel. Elle me raconte que très souvent elle a un rêve, toujours le même : la nuit, elle voit des voleurs entrer dans son appartement ; elle est prise de terreur, se sent rivée à son lit et ne peut faire aucun mouvement ; elle veut crier mais son cri s'arrête dans sa gorge ; elle est très angoissée ; son cœur bat très violemment dans sa poitrine... puis, le matin, au réveil, toute courbaturée et de nouveau anesthésique, elle souffre des malaises précédemment décrits. Ce sont ces rêves qui provoquent les rechutes.

Jusqu'alors. par la suggestion et l'œsthésiogénie, je n'avais pu me rendre maître que des symptômes, mais la cause déterminante subsistait. Cette cause une fois connue, c'était à elle que je devais m'attaquer et je le fis résolument, de manière à dissocier et à inhiber le souvenir de tels rêves, comme aussi d'en prévenir le retour. Mais cela comporte tout un traitement psychothérapique sur les détails duquel il est superflu d'insister ici [1]. Notons cependant qu'une fois encore le vieil adage s'est trouvé confirmé : *naturam morborum*

(1) J'en ai déjà exposé le mécanisme psychologique dans mon travail sur *La suggestion pendant le sommeil naturel dans le traitement des maladies mentales*, Paris, Maloine, 1898.

ostendunt curationes. En effet, cette dame s'est fort bien trouvée de ce traitement moral ; elle a été débarrassée de ses topoalgies ; elle a recouvré sa tranquillité d'esprit ; bien plus (ce qu'elle n'osait même pas espérer), deux périodes menstruelles se sont passées sans encombre. Nous sommes alors au moment des vacances ; je quitte Paris et je reste six semaines sans la voir. Pendant cet intervalle, je reçois d'elle une lettre dans laquelle elle me dit qu'elle est enchantée des résultats obtenus.

Mais, au bout de quelques semaines, des émotions très violentes lui surviennent presque coup sur coup : par exemple, c'est une crise épileptique à grand fracas dont son frère lui offre le spectacle ; puis elle voit dans la rue un bicycliste renversé et presque écrasé par un omnibus. De plus, elle a dû se séparer de son enfant et l'envoyer à la campagne pour raison de santé ; enfin son mari est absent depuis un mois ; la vie d'intérieur est donc désorganisée, les rapports sexuels sont suspendus ; sur ces entrefaites, les règles (ces règles si redoutées !) apparaissent et, le jour même où elles cessent, survient la pseudo-angine de poitrine ci-dessus décrite.

Connaissant le rôle que les rêves pathogènes avaient déjà joué dans les antécédents de cette malade je recherche aussitôt si un rêve, conscient ou subconscient, ne pourrait pas être rendu responsable de l'état actuel.

Je lui dis alors : « Avez-vous rêvé pendant la nuit qui a précédé l'accès ?

— Non, répond-elle,... je ne crois pas,... je ne sais pas... »

Là dessus, je l'endors, puis je lui prescris de mobiliser toute son énergie psychique et de concentrer son attention sur le souvenir de ce qui s'est passé pendant cette nuit-là.

Peu à peu son front se plisse, elle se rejette en arrière, pleine d'effroi, et pousse un cri perçant.

« — De quoi s'agit-il donc, et pourquoi cette terreur ?

— Dans les *embucos !* reprend-elle toute anxieuse.

— Eh bien, qu'est-ce donc que les *embucos ?*

— C'est un instrument de supplice... On vous enfonce

dans un trou, les pieds sont pris comme dans un étau, et les jambes deviennent enflées. On jette de la terre tout autour de vous, la terre monte, monte... envahit la poitrine, puis le menton, enfin elle dépasse votre tête... On a froid, on ne peut plus respirer et l'on meurt étouffé après avoir souffert atrocement !...

— Mais pourquoi me parlez-vous d'*embucos*, à quel propos ?

— C'est que j'ai eu un rêve épouvantable.

— Racontez-le moi.

— Voilà. Louis XIV avait décidé de faire mourir son frère... Moi, j'étais la femme du directeur de l'île Ste-Marguerite... Emue de compassion, je résolus de sauver le condamné. Mais je fus trahie et M. de Cinq-Mars, pour me punir, me fit mettre dans les *embucos*... C'est un supplice affreux !... Oh! que j'ai donc souffert !

— Mais, où aviez-vous entendu parler des *embucos*, du frère de Louis XIV, de M. de Cinq-Mars, etc. ?

— Dans un roman que j'avais lu les jours précédents.

— Voyez-vous une analogie, un rapport quelconque entre votre prétendue angine de poitrine et votre rêve ?

— Ce sont les mêmes souffrances qui se sont succédé dans le même ordre... Au fur et à mesure que la terre s'amoncelle, le sang, la chaleur et la vie quittent les parties inférieures du corps pour être refoulés par en haut ; le froid et la douleur montent de même des pieds à la tête ; on sent comme un anneau qui enserre tout le corps et monte graduellement jusqu'à la tête ; on est angoissé, étouffé... ; les membres emprisonnés se tordent et essaient en vain de se dégager ; sur le point d'être enterrée à son tour, la face devient grimaçante, la bouche démesurément ouverte fait des efforts désespérés pour faire pénétrer un peu d'air dans les poumons... etc., etc. A la fin, le corps entier reste meurtri, puisqu'il a été, semble-t-il, de toutes parts comprimé comme dans un étau... »

Tel est le résumé succinct du long dialogue que j'ai institué dans ces conditions.

Ainsi, un rêve survenu pendant la nuit, ignoré au réveil, mais resté subconscient, c'est-à-dire latent, a pu, dans la journée suivante, se reproduire avec tout un cortège de symptômes douloureux capable de faire croire à une angine de poitrine. Et cette manifestation diurne est apparue à la faveur des conditions prédisposantes énumérées plus haut, au moment même où cette dame se remettait à la lecture de son roman. Le fait d'ouvrir à nouveau ce livre a provoqué une sorte de déclanchement ; il a, semble-t-il, donné le branle et lâché la bride à tout ce complexus d'associations qui s'étaient peu de temps auparavant systématisées sous la forme du rêve que l'on sait. L'accès de fausse angine de poitrine ayant été la reproduction exacte et fidèle du pseudo-supplice des *embucos*, on comprend maintenant la signification des symptômes rapportés plus haut, ainsi que leur ordre de succession.

Après avoir, une fois encore, mis en lumière la cause de tout le mal, je puis agir sur elle comme je l'ai déjà fait dans une circonstance analogue, avant les vacances. Je m'applique à faire rentrer ce rêve dans l'oubli, à donner à cette dame un sommeil paisible exempt de cauchemar. Et puis aussi, je la rassure sur son état ; je lui confirme qu'elle ne présente aucune lésion cardiaque ; je combats ainsi et j'annihile les mauvais effets de la suggestion que le premier médecin a faite sans y prendre garde. Cette crise, dis-je, n'avait aucune gravité, elle n'en aura aucune si même elle se renouvelle, mais elle ne se renouvellera pas, grâce à mon intervention. En cela, j'use, bien entendu de la suggestion hypnotique, puisqu'ici elle est si facilement réalisable et qu'elle s'est déjà montrée si efficace.

Ainsi, cette dame qui était venue me trouver toute angoissée et toute meurtrie, une fois éveillée se tâte, se palpe et s'écrie : « C'est extraordinaire, je ne souffre plus du tout ! Me voilà comme si je n'avais pas eu de crise. » La récidive dont on craignait et dont même on avait prédit l'imminence ne survint pas. En quelques séances, je n'eus pas grand'peine à restaurer chez cette dame un état général très satisfaisant.

Tel est, à ma connaissance, le premier exemple de fausse angine de poitrine nettement expliqué dans son entier par la persistance subconsciente d'un rêve déterminé. Je crois pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° En présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte pas une origine *psychique*, consciente ou subconsciente, comme, par exemple, un rêve ;

2° Le syndrome angineux n'a qu'une valeur séméiologique. Le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique, mais surtout *étiologique*. Il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque ; il faut encore le prémunir contre la réapparition de la cause peut-être psychique qui a engendré ce syndrome ;

3° L'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause ; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour ; il rétablit le calme dans ces organismes troublés ; il est capable de réaliser à lui seul cette *thérapeutique morale* dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ce cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Des lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire

Par M le Dr Rispal, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse

Si la description clinique de la chorée chronique héréditaire semble aujourd'hui bien établie, il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique de cette affection. La plupart des auteurs se sont, en effet, bornés le plus souvent à donner la seule description macroscopique des lésions grossières rencontrées à l'autopsie des choréiques. En ce qui concerne l'étude des altérations histologiques du système nerveux central dans cette maladie, on ne possède encore qu'un petit nombre de travaux précis. Les examens microscopiques des systè-

mes nerveux publiés jusqu'ici ont donné, en outre, des résultats tellement variables qu'on est loin d'être fixé sur la valeur des diverses constatations qui ont été faites dans ces dernières années. Il semble cependant que les progrès récemment réalisés dans la technique de l'examen microscopique du système nerveux central permettront de pénétrer plus avant dans la connaissance des lésions fines et d'arriver peut-être à la solution définitive du problème.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer la méthode de coloration de Nissl à l'étude d'un cas typique de chorée chronique d'Huntington et ce sont les résultats de cet examen que nous désirons vous communiquer.

Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, dont le grand-père paternel a été atteint de chorée vers l'âge de 40 ans ; un oncle paternel fut frappé également de cette maladie vers le même âge ; enfin, son père devint choréique à l'âge de 35 ans et se suicida à 52 ans. Chez notre sujet la maladie a débuté à l'âge de 35 ans et n'a fait que progresser depuis cette époque, c'est-à-dire que pendant une période de onze années il a présenté des mouvements choréiques généralisés avec une diminution progressive des facultés intellectuelles et morales ayant abouti à un véritable état de démence.

C'est dans ces conditions qu'il fut frappé, le 18 janvier 1898, d'une attaque apoplectiforme pendant laquelle on put constater une disparition presque complète des mouvements choréiques, une légère parésie de la face et des membres du côté gauche avec déviation de la tête à droite, une anesthésie généralisée avec paralysie des sphincters, respiration stertoreuse, élévation progressive de la température jusqu'à 40°, et il succomba dans quelques heures aux progrès de cet état comateux. A l'autopsie pratiquée 22 heures après la mort, on ne trouva rien d'anormal du côté de la boîte cranienne qui présentait son épaisseur normale ; il n'existait pas d'adhérence de la dure-mère à la voûte cranienne. Cette membrane n'était pas épaissie et n'adhérait en aucun point à la pie-mère sous-jacente. A l'incision de la dure-mère on vit s'écouler une grande quan-

tité de liquide céphalo-rachidien citrin, clair, sans flocons fibrineux. On apercevait à la surface de l'hémisphère gauche, au niveau du lobe frontal une légère suffusion sanguine dans les mailles de la pie-mère Cette membrane, très vascularisée et sillonnée de grosses veines gorgées de sang n'adhérait que très légèrement et partiellement à la surface des circonvolutions des lobes frontal et pariétal dont on pouvait d'ailleurs la détacher facilement. Le cerveau avait conservé son poids et ses dimensions ordinaires, à peine remarquait-on un peu de diminution d'épaisseur de l'écorce grise, des circonvolutions au niveau des zones psycho-motrices. Les cavités ventriculaires étaient dilatées et on notait une vascularisation considérable de l'écorce, du centre ovale et des noyaux gris centraux dans l'hémisphère droit. Rien de particulier du côté du cervelet, du bulbe, de la protubérance et de la moelle épinière qu'une dilatation assez marquée des vaisseaux.

Examen histologique. — Les organes ayant été fixés partie dans l'alcool, partie dans la liqueur de Müller, ont été débités après inclusion dans la paraffine ou la celloïdine, en coupes nombreuses pour être soumises à la coloration par la méthode de Nissl modifiée par Gothard et par la méthode de Weigert-Pal, ou le picro-carmin.

Des coupes histologiques ont été pratiquées sur l'un et l'autre hémisphère en divers points des lobes frontaux et pariétaux. Après coloration par la méthode de Nissl on est frappé tout d'abord, à l'examen microscopique avec un faible grossissement, par l'existence d'un nombre considérable de petites cellules rondes, très fortement colorées, disséminées dans toute l'épaisseur de l'écorce mais surtout dans les parties profondes de la substance grise et de préférence autour des cellules pyramidales où elles sont disposées sous forme de petits groupes. Le nombre des petites cellules pyramidales paraît diminué, mais il semble que cette raréfaction porte principalement sur les grandes cellules pyramidales. Les vaisseaux de tout calibre, depuis les plus fins capillaires jusqu'aux branches plus volumineuses, sont fortement dilatés et

gorgés de sang, sans qu'il existe de thrombose, ni de foyer hémorrhagique en dehors des gaînes peri-vasculaires qui contiennent des globules sanguins et des amas pigmentaires, vestiges d'hémorrhagies anciennes. Il n'y a pas d'inflammation des parois vasculaires ni de la pie-mère. A l'aide d'un fort grossissement et en particulier avec l'objectif à immersion homogène et l'éclairage Abbé on voit que les altérations des cellules nerveuses sont très considérables. Les petites cellules pyramidales de la deuxième couche et principalement les grandes cellules de la troisième couche montrent pour la plupart des signes de dégénérescence plus ou moins avancée et on ne retrouve qu'un petit nombre de cellules absolument intactes. Les modifications multiples et variées quoique d'importance inégale, consistent dans une chromatolyse à peu près complète avec infiltration de pigment jaunâtre, dans une vacuolisation très étendue du protoplasma allant jusqu'à l'atrophie presque complète du corps cellulaire qui est transformé en une masse vitreuse. à contours irréguliers et déchiquetés. Les noyaux et nucléoles ont pris des formes et des situations anormales ; les prolongements proto-plasmiques, ont, les uns, disparu complètement par atrophie totale, les autres, subi la fragmentation ou revêtu un aspect noueux et tortueux. L'attention est en outre immédiatement attirée autour des cellules nerveuses par la présence de petits éléments régulièrement arrondis, situés dans les espaces péri-cellulaires, comme accolés aux bords des cellules pyramidales ou pénétrant même dans les vacuoles du protoplasma. Ces éléments, qui ne sont certainement pas constitués par des leucocytes mais vraisemblablement d'origine ou de nature névroglique sont groupés au nombre de deux à six dans chaque loge cellulaire mais également infiltrés d'une façon très diffuse dans la trame névroglique de l'écorce; ce réseau paraît, d'ailleurs, épaissi autant qu'on en peut juger par la coloration des coupes avec le picro-carmin. Sur les coupes du cervelet et de la moelle traitées par la méthode de Nissl on ne constate rien de particulier.

La coloration de Weigert-Pal appliquée à des coupes de de l'écorce montre une légère raréfaction des fibres tangentielles du réseau d'Exner. Dans la moelle cette même méthode permet de déceler une atrophie diffuse de quelques fibres dans les cordons antéro-latéraux et postérieurs mais sans aucune espèce de systématisation.

En résumé, les principales lésions histologiques consistent dans la diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce, dans l'atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent et enfin dans l'infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes dans toute l'épaisseur du cortex et principalement dans les espaces péri-cellulaires des cellules en voie d'atrophie. Si nous rapprochons les altérations que nous venons de décrire de celles qui ont été constatées par les différents observateurs, nous voyons que la raréfaction ou l'atrophie des cellules pyramidales ont déjà été notées par Oppenheinm [1] et Hoppe, Menzies [2], Dana [3], M. Clarke [4] et Facklam. Mais il ne semble pas que ces auteurs leur aient accordé toute l'importance qu'elles méritent. Nous estimons en effet, que les troubles psychiques doivent être attribués à l'atrophie progressive des cellules pyramidales des régions cérébrales antérieures. En ce qui concerne les lésions interstitielles, elles ont été observées par la plupart des auteurs, mais l'infiltration de l'espace péri-cellulaire des grandes cellules pyramidales par les éléments ronds décrits plus haut, a surtout été mise en valeur par MM. Lannois [6] et Paviot qui expliquent les mouvements choréiques par l'irritation des neurones moteurs due à cette infiltration cellulaire résultant elle-même d'une malformation héréditaire de la

(1) Oppenheim et Hoppe (*Arch. Psych.*, BXXV 1893).

(2) Menzies (*Journal of nervous and mental dis.* oct. 1892. janv. 1893).

(3) Dana (*American journal of méd sci.*, janv. 1895).

(4) M. Clarke (*Brain* n°s 78 et 79. juillet 1897).

(5) Facklam (*Arch. f. Psych.* BXXX, 1897).

(6) Lannois et Paviot, (Congrès des aliénistes et neurologistes de Toulouse 1897).

névroglie. Quant aux altérations des méninges ou des vaisseaux qui sont souvent relativement peu marquées ou manquent complètement, il ne semble pas qu'il faille leur accorder une importance aussi considérable que l'ont fait certains auteurs, car le processus interstitiel paraît être d'origine et de nature névroglique beaucoup plus que vasculaire. Nous estimons, en outre, avec Dana, que les cellules pyramidales elles-mêmes doivent présenter ainsi que la névroglie une tare originelle héréditaire les rendant tout à la fois plus excitables vis-à-vis de l'irritation névroglique et plus aptes à subir la dégénérescence atrophique. C'est ainsi que l'on peut expliquer, à notre avis, l'existence des lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce cérébrale dans la chorée chronique héréditaire et interpréter la physiologie pathologique des mouvements choréiques et des troubles mentaux de cette maladie.

Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale

Par le Dr Lucien Picqué,
chirurgien de la Pitié, chirurgien en chef des Asiles d'Aliénés
et le Dr Febvré, médecin en chef des Asiles de la Seine.

L'an dernier au congrès d'Angers, votre bureau avait mis à l'ordre du jour de vos travaux la question des psychoses post-opératoires, et vous avez entendu le rapport très remarquable qu'a fait sur ce sujet, notre collègue d'Orléans, M. le Dr Rayneau.

Cette année, nous désirons vous entretenir non plus des délires qui peuvent se présenter à la suite des opérations, mais des opérations qui peuvent parfois améliorer ou même supprimer le délire.

Cette question est des plus complexes : depuis de longues années, nous l'étudions ensemble, et à part 2 observations publiées à la Société médico-psychologique, en 1892 et 1898, nous n'avons encore publié sur ce sujet aucun travail d'ensemble.

L'un de nous (M. Picqué) a présenté cette semaine cette étude à ses collègues de la Société de chirurgie (séance du 29 mars), mais nous avons pensé qu'il était de notre devoir de soumettre à votre appréciation et à vos critiques les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

Le traitement systématique de la folie chez la femme, par l'intervention chirurgicale, a depuis quelques années, en Amérique, au Canada, en Italie et en Belgique, provoqué les polémiques les plus ardentes et une opposition des plus vives.

Des arguments d'ordre social et d'ordre scientifique ont été opposés, non sans raison, aux tendances abusives de la chirurgie.

Des enquêtes, des consultations internationales ont abouti à la publication de documents et de statistiques défavorables, si bien qu'aujourd'hui, dans les pays où cette question a été le plus étudiée, il s'est fait un courant d'opinion contraire.

Il est certain que présentée de la sorte, la question devait provoquer partout l'opposition la plus justifiée.

Prétendre guérir la folie chez la femme par une intervention chirurgicale, proposer systématiquement l'instrument tranchant à tous les malades délirants, dans le but de les guérir, constitue l'illusion la plus décevante et la plus dangereuse, et doit soulever de la part de tous les médecins et spécialement des aliénistes, ainsi que des chirurgiens consciencieux, une légitime réprobation.

Cette doctrine ne peut conduire, en effet, qu'aux pires excès, c'est-à-dire au sacrifice d'organes sains, considérés théoriquement et sans preuves suffisantes comme le point de départ de l'affection mentale, ou à la patrique abusive des trépanations craniennes, dans des cas de lésions étendues et incurables des centres nerveux.

Doit-on toutefois rejeter en bloc et sans les discuter, les succès qu'on peut retirer parfois d'une intervention chirurgicale, faite dans des conditions déterminées. Chez une aliénée atteinte d'une affection chirurgicale, doit-on supposer, *a priori*, qu'une intervention ne peut qu'aggraver l'état antérieur ? Ce serait aller contre les faits.

Quant à nous, détracteurs décidés d'une doctrine absolue et certainement abusive, nous sommes cependant convaincus que certaines aliénées, atteintes d'affections chirurgicales bien définies, peuvent retirer un grand bénéfice de l'intervention.

Le but de ce travail est de le démontrer. C'est pour n'avoir pas suffisamment précisé les formes du problème, c'est pour avoir pratiqué des opérations chez des femmes ne présentant aucune affection chirurgicale, et dans l'unique but de les guérir de la folie, que les tentatives faites à l'étranger ont certainement échoué et que beaucoup rejettent *a priori* l'heureuse influence qu'une intervention légitime, d'ailleurs, peut, selon nous, exercer sur l'état mental d'un malade.

Nous devons tout d'abord indiquer les conditions dans lesquelles nous avons fait bénéficier nos aliénées de la chirurgie.

Aucune considération théorique ou doctrinale ne nous y a conduit.

Un chirurgien ou un médecin d'asile n'a pas le droit d'exposer la vie de malades qui n'ont pas leur « compos sui », s'il n'a pas l'absolue certitude qu'il pourra leur être utile.

C'est assez dire que nous ne reconnaissons pas le droit à un chirurgien de pratiquer chez une aliénée, l'ablation d'organes sains, opération dont on a tant abusé dans ces dernières années, principalement en Amérique, et que nous n'admettons pas davantage chez l'aliénée ces opérations diverses le plus souvent empiriques qui ne nous ont jamais apparu, au moins chez cette catégorie de malades, que comme des expériences répréhensibles.

Pour notre part, toutes les opérations pratiquées par nous dans les asiles ont porté sur des sujets atteints d'affections chirurgicales qui avaient droit à une intervention et l'auraient subie si elles avaient été libres : elles ont été de plus choisies dans une catégorie d'aliénées que nous aurons à spécifier plus loin.

C'est sur ce terrain spécial que nous nous sommes placés. Les aliénées, au même titre que celles qui ne le sont pas, ont

selon nous droit au traitement chirurgical des affections dont elles peuvent être atteintes. Elles doivent être opérées, sans préoccupation d'ailleurs de leur état mental.

C'est là une opinion soutenue par Rohé dans une discussion mémorable au Congrès de Montréal, en 1897 ; or, c'est là l'opinion que l'un de nous soutenait la même année dans son rapport à M. le préfet de la Seine (année 1897, p. 151). « Les affections utérines ne peuvent, disait-il, être ignorées ou laissées sans soin. Aux souffrances morales atroces observées dans certaines formes dépressives de la folie ne doivent pas s'ajouter des souffrances physiques que l'on peut éviter ou atténuer. »

L'intervention chez l'aliénée se justifie donc tout d'abord par son but humanitaire en dehors de toute préoccupation doctrinale. Et c'est, on ne saurait trop le répéter, la question de l'influence curatrice que peut avoir l'intervention chirurgicale sur l'état mental des malades, qui a arrêté à notre époque l'extension de la chirurgie chez les aliénées et en particulier de la chirurgie gynécologique.

Or, le chirurgien qui intervient chez les aliénées, guidé par les seules indications de la clinique, a bien le droit de faire les deux constatations suivantes.

D'abord la fréquence des affections gynécologiques chez les aliénées. Ce fait est indéniable. Loiseau, Azam, Mairet, avaient depuis longtemps signalé les relations étiologiques qui existent entre les affections pelviennes de la femme et la folie. George Rohé (de Baltimore), second surintendant à l'hôpital des aliénées de Sykesville (Maryland), a insisté de nouveau sur ce fait, au Congrès de Montréal, en 1897. Une observation systématique lui a démontré, en effet, la plus grande fréquence des affections pelviennes chez les folles. Pour lui, 60 p. 100 des folles internées présentent des lésions des organes pelviens.

Isabel Davenport, à l'hôpital illinois de l'Est, à Kaukakee, a trouvé une proportion de 80 p. 100 ; Hobbs, au même Congrès, donne 93 p. 100.

D'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Nous-mêmes avons été frappés, à Ville-Evrard, de la très grande proportion des folles atteintes d'affections gynécologiques, 89 p. 100 des cas, mais il est un fait que nous avons observé et sur lequel nous tenons à insister, c'est que beaucoup de malades, ou bien ignorent l'affection dont elles sont atteintes ou la cachent avec soin.

C'est là une circonstance de nature à modifier le pourcentage et qui doit conduire le médecin d'asile à examiner, sous certaines réserves évidemment, l'appareil génital des malades internées.

Le deuxième point qui frappe vivement le chirurgien qui intervient chez les aliénées, dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, c'est qu'un certain nombre de ces malades guérissent en même temps de l'affection mentale dont elles sont atteintes, de sorte que le médecin et le chirurgien d'asile se trouvent amenés, après avoir envisagé uniquement au début le but humanitaire de leur intervention, à considérer le côté scientifique de cette chirurgie spéciale.

Depuis longtemps déjà, nous avions été frappés de résultats inattendus au cours d'opérations faites à une époque où pour des raisons diverses la chirurgie des asiles se trouvait restreinte aux cas d'extrême urgence.

Déjà, en 1884, l'un de nous a opéré avec M. Pozzi une femme présentant une lésion annexielle et qui guérit. L'observation sera lue plus loin.

Nous avions été à même d'observer, à diverses reprises, des malades considérées comme peu curables au point de vue mental et qui présentaient après l'intervention une amélioration notable lue et très prolongée des troubles mentaux.

Depuis quelque temps, grâce à des conditions nouvelles que l'un de nous a exposées à diverses reprises dans ses rapports au préfet de la Seine et, récemment encore, devant la commission de surveillance des asiles et la quatrième sous-commission d'études du conseil général, il nous a été possible de faire bénéficier nos malades des progrès de la chirurgie

gynécologique inconnue à l'époque où Loiseau et Azam publiaient leurs travaux. Les résultats heureux se sont multipliés notablement, ils sont devenus pour ainsi dire décisifs, et ce sont eux que nous venons vous présenter, persuadés qu'ils vous intéresseront, en vous montrant une nouvelle extension de la chirurgie sur le domaine médical.

Ainsi pourra se trouver justifiée l'opinion émise par l'un de nous à la Société de chirurgie dans une communication faite en 1898 sur les psychoses post-opératoires, à savoir que, contrairement à l'avis du plus grand nombre, la chirurgie semblait intervenir non pour provoquer des troubles cérébraux, mais pour les guérir ou tout au moins les améliorer dans certains cas.

Historique.— La question a été nettement posée le 31 août 1897, à Montréal, au 65ᵉ Congrès annuel de la Brit. med. association (section de psychiatrie), par Rohé et Hobbs.

Le premier de ces auteurs, médecin en chef de l'asile de Maryland, présenta une statistique de 34 cas, avec 11 guérisons complètes, au point de vue physique et mental ; 9 améliorations dont quelques-unes très accentuées ; 11, dans lesquels on ne constata aucun changement au point de vue mental, 3 morts opératoires.

Hobbs a présenté également à ce Congrès les résultats qu'il a obtenus dans son asile de London (Ontario), depuis qu'il a introduit la chirurgie comme méthode rationnelle de traitement.

Les résultats ont dépassé toute espérance : non seulement la majorité des cas traités ont guéri au point de vue opératoire, mais l'état mental des malades s'est amélioré dans une notable proportion.

Sa statistique est la suivante :

Sur 80 cas, 30, soit 37 1/2 p. 100, ont recouvré la raison ; 18, soit 22 1/2 p. 100, ont été considérablement améliorés, et dans 28 cas, soit 35 p. 100, il ne s'est produit aucun changement au point de vue mental.

Il y a eu 4 morts, soit 5 p. 100 du total.

Sur les 30 malades guéries complètement, 11 avaient été folles moins d'un an ; 7, entre 1 an et 2 ans ; 4, entre 2 et 3 ans ; une entre 4 et 5 ans et 3 plus de 5 ans.

Contre ces statistiques excellentes, le Dr J. Russel, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Hamilton, a élevé un réquisitoire surtout philosophique dans lequel il se déclare un adversaire passionné et résolu.

Il n'a d'ailleurs réuni que 4 cas, dans lesquels l'intervention n'a donné aucun résultat !

Mais il s'appuie surtout pour formuler son opinion, sur celle de 120 des principaux aliénistes de la Grande-Bretagne et d'Amérique, auxquels il s'est adressé.

La plupart de ces auteurs repoussent toute tentative chirurgicale *faite dans le but de guérir la folie.* Nous reviendrons plus loin sur leur opinion que, sous cette forme, nous acceptons volontiers.

A part 3, aliénistes d'ailleurs, ils estiment que les cas sont très rares, dans lesquels la folie est due à une affection des organes génitaux. La plupart donnent un chiffre de 5 p. 100, quelques-uns même disent 2 p. 100.

S'agit-il là d'une opinion doctrinale, et les auteurs précédents pensent-ils qu'une forme déterminée d'aliénation mentale chez une femme atteinte d'une affection utérine, ne relève pas de cette dernière ? Au contraire, la proportion de 5 et de 2 p. 100 indique-t-elle que, 5 fois ou 2 fois seulement sur 100, les aliénées présentent des affections utérines ? Nous dirons alors que nos observations nous conduisent à un pourcentage bien différent et nous sommes alors autorisés à penser que les affections utérines n'ont pas été par les auteurs suffisamment recherchées.

Cette question des rapports de la folie avec les affections de l'appareil génital, a également préoccupé les esprits en Belgique.

En 1897, Cuylitz communiquait à la Société de médecine mentale de Bruxelles un travail intéressant sur les opérations gynécologiques en médecine mentale.

Envisageant les résultats que peut fournir l'intervention au point de vue de la guérison de la folie et s'appuyant sur les faits de sa pratique, il arrive à rejeter l'intervention dans la folie.

Mais nous tenons à faire remarquer de suite qu'il n'envisage que l'hystérie et l'épilepsie ! !

Jacobs, tout en tenant pour évidentes les relations qui existent entre les fonctions génitales et l'équilibre intellectuel, n'admet pas le bien fondé d'interventions chirurgicales sur les organes génitaux dans le but de guérir les maladies mentales.

Il a certes raison, si cette entreprise mène le chirurgien à intervenir sur des organes sains ; quand, d'autre part, les organes génitaux sont malades, il déclare l'opération rationnelle mais ne semble pas convaincu de sa valeur curative, et il ne cite qu'un cas relatif à une jeune femme atteinte de suppuration pelvienne qui, à chaque époque, présentait des troubles mentaux, qu'il ne spécifie pas d'ailleurs et qui disparurent après l'opération.

En Italie, Angelucci et Pierracini ont publié un important mémoire qui constitue un réquisitoire en règle contre l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Ce travail porte sur 117 cas recueillis par voie d'enquête internationale. Nous nous appliquerons plus loin à démontrer que cette étude est loin d'avoir la valeur qu'on pourrait lui attribuer tout d'abord et que les résultats auxquels ces auteurs sont arrivés, peuvent être facilement controuvés.

En France, cette question semble n'avoir que peu préoccupé les chirurgiens.

Au cours de la discussion qui s'est élevée en 1898 au sein de la Société de chirurgie, sur la question des psychoses, plusieurs de nos collègues ont touché incidemment la question du traitement de la folie par l'intervention, mais les faits publiés sont peu nombreux, et dans aucun le diagnostic de l'affection mentale n'a été suffisamment établi.

Lucas-Championnière a signalé la relation qui existe

entre certains troubles cérébraux et les règles douloureuses et insisté sur les modifications favorables qui pouvaient survenir à la suite des opérations. Il conseille donc d'enlever les organes malades dont l'état morbide peut, chez les prédisposées, faire naître et entretenir la folie. Selon lui, l'ablation peut jouer un rôle bienfaisant.

Notre collègue Gérard-Marchand nous a dit n'avoir jamais observé de fait qui soit de nature à lui faire admettre la guérison de la folie par un acte opératoire.

Pothera nous a rapporté des cas qui ne peuvent entraîner la conviction.

Deux de ses malades atteintes de prolapsus ont des améliorations passagères et retombent, mais nous ne savons rien de précis sur le diagnostic de l'affection mentale.

Deux autres de ses malades sont opérées sans succès, mais elles présentent, comme nous le dirons plus loin, des formes qui ne sont pas justiciables d'amélioration. Il nous cite enfin une femme, chez laquelle le diagnostic n'a pas été posé d'une façon précise, et qui reste guérie depuis dix ans, à la suite de l'ablation d'une tumeur du sein.

Il conclut, selon nous à tort, en s'appuyant sur ces faits, que chez l'aliénée la chirurgie doit se borner aux interventions d'urgence.

Bouilly nous a également cité une curieuse observation où l'évolution des accidents mentaux et des lésions annexielles s'est faite parallèlement : l'intervention paraissait réellement indiquée pour faire disparaître les accidents du côté de l'encéphale ; malheureusement, le résultat en fut nul, et peu de temps après, la malade dut être internée. Mais ce cas, qui semble absolument contraire à la thèse que nous soutenons, perd beaucoup de son intérêt puisque nous ne savons rien des antécédents et que le diagnostic précis n'a pas été établi. Nous rappellerons pour mémoire que dans une communication à la Société de chirurgie sur les psychoses, l'un de nous a rapporté plusieurs cas personnels de mélancoliques guéries par l'intervention.

Déjà en 1887, Terrillon publiait dans les *Annales de gynécologie* un cas intéressant de kyste ovarique, opéré à la Salpêtrière avec l'assistance de nos collègues Schwartz et Monod ; l'état mental de la malade s'améliora.

En 1896, au 6e Congrès des médecins aliénistes de France qui s'est tenu à Bordeaux, notre distingué collègue Piéchaud, chargé du service chirurgical de l'asile d'aliénés, nous donna la relation de deux faits intéressants qui montrent que dans certaines circonstances, l'état mental peut être amélioré dans de très notables proportions.

Le premier est relatif à une femme atteinte de manie chronique qu'il opère d'une tumeur du sein. Après l'opération, l'état mental s'améliore chaque jour ; la malade devient très calme, a conscience d'elle-même et paraît seulement un peu triste quand la pensée lui vient qu'elle n'est peut-être pas tout à fait guérie (certificat du médecin en chef).

Le deuxième est relatif à une femme atteinte d'endométrite, et qui présente les symptômes de la mélancolie anxieuse. Le curettage et l'amputation du col font disparaître la mélancolie.

A la Société de médecine légale (séance du 10 septembre 1898), au cours d'une discussion sur les troubles psychiques au moment de la ménopause, M. Charpentier a rapporté l'observation intéressante d'une femme atteinte d'un léger degré de prolapsus et qui avait pris en aversion son mari et ses enfants. La simple application d'un pessaire de Dumontpallier suffit à faire disparaître ces troubles psychiques.

Cossa (*Thèse*, Montpellier, 1895) a publié plusieurs observations favorables au traitement chirurgical de la folie sympathique,

Récemment encore, dans une remarquable leçon clinique, le professeur Joffroy a attiré l'attention sur ces faits.

Dans ces derniers temps, Siredey (*Gazette hebdomadaire*, 1898) et son élève Souleyre (*Thèse inaugurale*, Paris, 1898) ont étudié les rapports de la neurasthénie et des affections utérines. Mais il s'agit là d'un ordre de faits tout différents et que nous n'avons pas à envisager dans ce travail.

Quoi qu'il en soit, dans cet historique, d'ailleurs fort incomplet, nous avons tenu surtout à montrer que les faits publiés dans notre pays sont peu nombreux et sont restés isolés. Quelques-uns d'entre eux présentent en vérité un réel intérêt au point de vue de la thèse que nous voulons soutenir : le plus souvent, les malades n'ont pas été suivies pendant un temps suffisant, et le diagnostic de l'affection mentale est ordinairement incomplet.

Ces observations n'ont donc pas, pour la plupart, une valeur scientifique incontestable. De plus, aucun auteur n'a eu jusqu'à présent dans notre pays, l'idée de réunir ces observations éparses dans la science et d'en dégager l'enseignement général qu'elles nous semblent comporter au point de vue du traitement chirurgical chez les aliénées. C'est cette lacune que nous nous sommes proposés de combler à l'aide de notre expérience personnelle.

Nous avons dit plus haut comment nous avions été amenés à envisager la possibilité de la guérison de certains troubles mentaux par l'intervention chirurgicale.

Traiter des aliénées comme des malades ordinaires, les débarrasser d'affections menaçant leur existence ou leur santé, tel avait été notre but, et c'est en accomplissant ce rôle tout humanitaire, qu'il nous a été donné d'observer certains faits de guérison que nous vous soumettons.

C'est alors que nous avons eu l'idée de soumettre, dans le service des femmes de Ville-Evrard, toutes les malades *dont les familles étaient consentantes* à un examen méthodiques des organes génitaux et de solliciter des parents l'intervention chirurgicale en faveur de celles qui présentaient des lésions locales bien déterminées et des troubles mentaux que nous aurons à préciser par la suite.

Envisagée de cette façon, l'initiative que nous avons prise avec le *consentement des familles*, et en dehors de toute idée préconçue, sur les rapports qui peuvent exister entre les maladies mentales et les lésions de l'appareil génital de la femme, ne pouvait être, ce me semble, que parfaitement légitime.

Voici maintenant les résultats obtenus.

Ils peuvent se répartir en trois groupes principaux :

1er Groupe. — Il s'agit de malades chez lesquelles l'affection mentale a évolué parallèlement à la lésion des organes génitaux.

L'intervention a suffi pour faire disparaître complètement le trouble psychique. Ce dernier a disparu avec la lésion locale. La guérison est alors complète et absolue.

Ces faits paraissent favorables à la doctrine de la folie sympathique si combattue de nos jours. Il est certain qu'ils eussent été utilisés par ses partisans si les aliénées avaient pu à cette époque bénéficier des ressources de la gynécologie.

Quoi qu'il en soit, le terme folie ou psychose sympathique appliqué à ces cas nous paraît digne d'être conservé, car il nous montre tout au moins l'importance des troubles physiques dans l'aliénation mentale.

Parfois la malade connaît l'affection dont elle est atteinte.

Dans l'observation I, il s'agissait d'une fistule rectale dont la guérison enleva le délire qu'elle avait engendré.

En 1898, l'un de nous a rapporté quelques cas analogues à la Société de chirurgie.

Dars un cas, il s'agissait d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse et internée à la suite d'un anus contre nature consécutif à une hernie gangrenée. La cure radicale de cette lésion suffit à faire disparaître les troubles mentaux dont elle était atteinte.

Dans un autre, il s'agit d'une cystotomie sus-pubienne qui avait entraîné un état mélancolique et l'internement. Chez lui, les troubles mentaux disparurent avec la fistule urinaire. Il en fut encore de même à la suite d'une opération de cataracte. Dans ces trois cas, les troubles mentaux évoluèrent en même temps que la lésion et disparurent avec elle. (Picqué, *Soc. de chir.*, 1er mars 1898. Délire psychique post-opératoire). Enfin, parfois il ne s'agit que d'une simple malformation : l'un de nous a guéri un malade d'une obsession dont le point de départ consistait dans une malformation des oreilles.

Dans certains cas, la malade ignore son affection ; deux circonstances peuvent alors se présenter.

a) La malade présente à son arrivée à l'asile, des troubles de la sphère génitale caractérisés par des obsessions érotiques ; comme elle ignore l'affection dont elle est atteinte, elle refuse tout d'abord un examen dont elle ne comprend pas la portée.

L'observation attentive de la malade démontre bientôt qu'elle présente une lésion dont le traitement va entraîner la guérison définitive de son état mental.

Il est certain que dans le groupe de malades à obsessions génitales, toutes n'ont pas une lésion locale susceptible d'expliquer la psychose, et il est de la plus haute importance de n'intervenir que chez celles dont la lésion est bien constatée.

C'est certainement pour n'avoir pas tenu compte de ce point important que l'on a pu voir des aggravations de l'état psychique. Il y a là à vrai dire une question de dosage très délicate, et l'on doit se garder d'intervenir sur toutes les lésions. L'un de nous y a insisté l'an dernier à la Société de chirurgie.

D'autre part, on peut affirmer que lorsque la psychose relève d'une lésion matérielle bien caractérisée, cette dernière peut présenter les variétés les plus grandes.

Toutes les affections des organes génitaux peuvent, en effet, lui donner naissance : les maladies inflammatoires de l'utérus et des annexes, les tumeurs solides ou liquides, souvent les vaginites gonococciques ; dans un cas, il existait une hypertrophie du clitoris. Les observations V, VI, VII et X, sont très intéressantes à ce point de vue. Parmi elles, une malade atteinte de lésions oculaires a très bien guéri après l'intervention.

b) La malade ne présente aucun trouble de la sphère génitale.

Ce n'est que par l'examen systématique et *préalablement consenti par la famille* que le chirurgien reconnaît l'existence d'une affection utérine.

Dans trois cas de ce genre, nous avons constaté l'existence d'un gros fibrome utérin (obs. II et XVI).

Dans un autre cas, il existait un prolapsus utérin. Dans ce dernier cas, l'hystéropexie a provoqué la disparition d'un état mental qui durait depuis plusieurs années (obs. III).

Dans les deux premiers, nous avons été amené à pratiquer l'hystérectomie. Dans l'un, le succès a été complet. Dans l'autre, l'état mental est resté stationnaire, une 3e malade a succombé.

2e Groupe.—Dans un deuxième groupe de cas, nous rangeons des délires qui surviennent chez des malades présentant une affection mentale préexistante. Le type en est dans l'observation présentée par nous en 1891, à la Société médico-psychologique (obs. II).

En 1884, nous en avons observé un cas intéressant avec M. le Dr Pozzi (obs. II) ; nous en avons parlé plus haut. Ce sont en réalité des délires surajoutés à un délire primitif et assez prononcés, dans certains cas, pour masquer ce dernier.

Pour en comprendre l'origine et interpréter le rôle du chirurgien, il faut savoir que tout, chez l'aliéné, est prétexte à délire. Si certains aliénés semblent jouir d'une résistance très grande aux agents physiques, si rarement ils font entendre une plainte ou accusent un malaise, ils n'en sont pas moins impressionnés par les moindres causes extérieures. L'irritabilité, sous toutes ses formes constitue dès lors l'élément le plus redoutable du délire, surtout dans les formes de la folie dont les préoccupations hypocondriaques constituent la base.

Dans les psychoses avec conscience, l'imagination, qui déjà chez l'homme sain est un élément de dépression si accusé en face de la souffrance physique, est capable de créer sous l'influence d'une cause irritante quelconque, sinon un vrai délire, du moins des interprétations délirantes variées. Nous voyons les persécutés analyser les moindres sensations et leur donner une importance fausse ou exagérée. Chez un mélancolique persécuté, un simple état saburral de la langue suffit à éveiller la crainte d'un empoisonnement.

On comprend dès lors qu'une lésion organique grave ait le pouvoir de faire éclater un trouble général des idées.

Chez la femme aliénée douée d'une impressionnabilité excessive l'attention toujours appelée vers certaines lésions des organes génitaux dégénère en obsessions, et ces obsessions peuvent parfois prendre une forme particulièrement angoissante et capable de masquer par sa prédominance les anciennes idées délirantes ou provoquer l'éclosion de nouveaux troubles intellectuels.

Le rôle du chirurgien découle naturellement des observations précédentes. Il doit chez l'aliéné dissocier les souffrances morales des souffrances physiques en supprimant ces dernières. Déjà Esquirol dans son Traité avait insisté sur ce point. Sans guérir l'état antérieur d'aliénation, l'acte opératoire met l'organisme en état de lutter efficacement contre le délire et contre ses manifestations dangereuses, en même temps qu'il prévient l'épuisement qui peut résulter de certaines lésions (fibrome avec hémorrhagie) et qu'il supprime dans certains cas les auto-intoxications qui jouent dans la pathogénie de la folie un rôle prédominant.

La chirurgie n'est en vérité que palliative, mais si elle ne supprime pas le délire primitif, si elle ne guérit pas dans ces cas la folie, on ne saurait lui refuser un rôle très important. Nous voyons d'ailleurs dans cet ordre d'idées des améliorations qui équivalent presque à des guérisons puisqu'elles peuvent permettre aux malades de reprendre pour un temps leur rôle social.

Les observations XII et XIII sont encore très intéressantes à cet égard.

3e Groupe. — Le troisième groupe comprend les opérations faites dans le but d'activer la convalescence mentale (obs. XI).

Nous avons constaté bien des fois l'heureuse influence de l'intervention au cours des convalescences mentales.

Rien n'est plus frappant, en vérité, mais il faut encore distinguer les formes avec le plus grand soin.

Telle malade a été internée pour un accès de mélancolie. Elle s'est tout d'abord améliorée notablement ; on croit la guérison proche, mais cet accès s'éternise et se traduit par une teinte de mélancolie que rien ne justifie en apparence, mais qui peut se prolonger pendant des mois, entraînant à sa suite une disposition évidente au délire et à une rechute. L'examen attentif des malades démontrent parfois l'existence d'une vaginite intense ou d'une métrite. Quelques soins hygiéniques, un simple curretage ou une amputation du col, amènent alors les plus heureux résultats. La convalescence enrayée reprend sa marche régulière ; toutes les fonctions organiques reprennent leur cours normal.

Ces faits ont une grande portée pratique : le chirurgien non prévenu aurait tendance à refuser une intervention chez une malade à peine convalescente, dans la crainte de voir éclater une rechute. C'est justement le contraire. L'intervention seule peut éviter la rechute et activer la convalescence mentale.

Nous trouvons dans nos notes l'observation XI, relative à une femme très améliorée à la suite d'une énucléation de l'œil et en convalescence mentale, mais qui ne guérit définitivement qu'à la suite d'un curettage utérin.

Résumant ce qui vient d'être dit, nous arrivons aux conclusions suivantes, qui constituent selon nous les véritables indications du traitement chirurgical chez les aliénés :

1° Toute affection provoquant un épuisement (métrorragies), ou créant un danger d'infection (endométrites, salpingites), doit être opérée dans le but de mettre l'organisme en état de résistance.

2° Toute affection qui devient le point de départ d'une obsession doit être opérée. Parfois l'obsession paraît constituer toute la maladie, et l'intervention guérit souvent le trouble mental.

Quand l'obsession et le délire, qui en est la conséquence fréquente, surviennent chez un malade à l'état mental préexis-

tant, l'opération dirigée contre l'affection obsédante supprime un facteur épuisant, en rétablissant le sommeil et les fonctions digestives et met également l'organisme en état de résistance ; d'où les rémissions qui, à défaut d'une guérison impossible, constituent un résultat favorable.

3° Enfin, toute lésion importante, susceptible de provoquer des troubles de sensibilité générale, parfois ignorés des malades, comme un fibrome ou un kyste ovarien, doit être opérée quand les malades ne sont pas en état de démence absolue. On a parfois à constater des résultats inespérés.

Par contre, nous n'intervenons jamais, sauf les cas d'urgence, dans la *démence*. On comprend pourquoi Potherat, opérant une tumeur du sein chez une vieille démente, n'ait obtenu aucun résultat ; on comprend également les insuccès de Rohé chez des malades présentant, du côté des centres nerveux, des lésions anatomiques invétérées chroniques. Les *persécutés* également, sont très rarement justiciables d'intervention, et les indications sont délicates à établir. Potherat a eu un échec en pratiquant une cure radicale chez un persécuté. Il n'est pas rare, chez ces malades, de voir au contraire une aggravation de leur état, heureux quand ils n'arrivent pas à persécuter leur chirurgien, comme plusieurs de nos collègues en ont rapporté des exemples lors de la discussion sur les psychoses post-opératoires.

La *paralysie générale*, dont l'anatomie pathologique est aujourd'hui bien connue, échappe à l'action chirurgicale exercée à distance. Ce n'est que dans des cas spéciaux et toujours à titre palliatif, pour supprimer un délire surajouté, que nous intervenons. L'on sait d'ailleurs que cette maladie est sujette à des rémissions spontanées, mais on peut admettre, dans certains cas, et en s'appuyant sur des considérations précédemment exposées, que l'intervention a pu hâter la rémission.

Enfin, dans notre deuxième communication, en 1898, à la Société de chirurgie. l'un de nous a insisté sur une catégorie de malades chez lesquels il est dangereux d'intervenir.

Les résultats que nous avons obtenus peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Soixante-six femmes ont été examinées au point de vue gynécologique (1).

Sur ce nombre, 7 seulement n'ont présenté aucune lésion des organes génitaux.

Soit environ une proportion de 89 p. 100 de femmes aliénées présentant des lésions de l'appareil génito-urinaire.

Nous devons dire que nous comprenons sous ce titre toutes les lésions, inflammatoires ou autres, en exceptant toutefois les altérations scléro-kystiques de l'ovaire et les salpingites légères, *contre lesquelles nous n'avons jamais institué de traitement chirurgical.*

Les malades traitées chirurgicalement sont au nombre de 16. Dans ce nombre, nous avons fait rentrer un cas opéré avec M. Pozzi en 1884.

Nous devons y ajouter pour la statistique globale :

1° Trois malades opérées depuis moins d'un mois et dont nous ne connaissons pas encore le résultat au point de vue mental. Nous publierons ces observations plus tard comme annexe à le statistique actuelle.

2° Une malade L. (Justine) (registre statistique 1897), atteinte de dégénérescence mentale héréditaire compliquée d'hystérie et chez laquelle le curettage, indiquée, cependant, par des lésions évidentes d'endométrite, n'a amené aucun résultat au point de vue mental.

3° Une malade, R... (Blanche), quarante-trois ans, était atteinte de manie avec idées de grandeur et de persécution, et présentait un gros utérus fibromateux. Nous fîmes un curettage qui ne donna pas de résultat. L'autorisation ne fut pas accordée pour pratiquer l'hystérectomie. Ce cas, par conséquent, ne saurait être mis au passif de la stastistique.

Nous n'avons donc à ajouter aux 17 cas précédemment

(1) Ces malades ont été examinées dans le cours de 1898, dans un service qui ne comprend pas moins de 400 à 450 malades, c'est assez dire que le nombre est restreint. Encore sur le chiffre total il faut déduire un certain nombre de malades examinées dans les années précédentes.

indiqués et dont les observations sont annexées au travail, qu'une seule malade hystérique, chez laquelle l'opération n'a donné aucun résultat.

Dès lors, voici les résultats de ces 18 observations (l'observation supplémentaire ajoutée), 10 guérisons, 3 états stationnaires, 4 améliorations, 1 mort.

Nous tenons à faire constater que des 3 malades qui sont restées stationnaires, 2 étaient hystériques et ne pouvaient être améliorées au point de vue mental.

La troisième était porteur d'un gros fibrome et rentre dans la catégorie des malades qu'il convient souvent d'opérer. Mais cette malade présentait un délire de persécution que nous avons maintenant appris à redouter au point de vue opératoire.

Les trois améliorations portent sur des malades à état mental préexistant et chez lesquelles l'opération a fait disparaître un délire surajouté.

Il n'y a eu dans aucun cas d'aggravation de l'état mental.

A ces malades opérées, nous devons ajouter une série de malades chez lesquelles le traitement médical seul de l'affection génitale a amené, soit la guérison, soit une amélioration manifeste.

Dans notre registre statistique 1897, nous trouvons : 1 malade guérie, 3 malades améliorées, à la suite d'un traitement consistant surtout dans des injections réitérées au permanganate de potasse chez des malades atteintes d'inflammation gonococcique du vagin, ce qui, en résumé, donne un chiffre global de 22 malades traitées médicalement et chirurgicalement avec 11 guérisons, 3 stationnaires, 7 améliorations, 1 mort (1).

(1) Nous avons omis à tort dans cette statistique les 3 cas de guérisons cités page 285 de ce mémoire (Rectification faite par nous à la séance du 12 avril). En les ajoutant aux autres, nous arrivons au chiffre de 25 malades traitées avec 14 guérisons 3 états stationnaires, 7 améliorations, 1 mort. Ajoutons encore que sur ce chiffre total de 25 malades, 13 opérations seulement ont été faites sur les 66 malades observées en 1898, dans un service de 450 malades (service de Febvré à Ville-Evrard) à savoir 11 des 17 observations publiées à la fin de ce travail, 1 décès et la malade Justine citée page 285.

Les résultats de nos interventions, faites d'après les indications précédentes, peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Jamais nous n'avons constaté d'aggravation dans l'état mental des malades.

2° Rarement la malade est restée stationnaire après l'intervention.

3° Dans la presque totalité des cas, nous avons constaté ou la guérison ou une amélioration très manifeste.

Ces résultats présentent de grandes différences avec ceux d'Angelucci. Nous allons nous appliquer à les mettre en relief et à en rechercher les causes.

Dans la statistique d'Angelucci et Pierrancini, qui porte sur 109 cas, nous trouvons des résultats déplorables : sur le chiffre total nous ne trouvons que 17 cas où l'influence de l'intervention a été salutaire.

Dans 23 cas, les femmes sont restées ce qu'elles étaient avant : l'influence de l'acte opératoire a été nulle :

2 femmes sont devenues névropathes.

23 folles et hystériques avant l'opération ont présenté une aggravation de leur état antérieur.

Enfin, 44 femmes, dont 20 hystériques avant l'opération, et 21 non hystériques sont devenues folles.

Enfin, sur les 17 cas où l'influence de la chirurgie aurait été salutaire, 12 des malades ne présentaient que des troubles nerveux, et les 5 cas favorables à l'intervention auraient fourni seulement 2 améliorations sensibles et 3 guérisons apparentes. Certes, cette statistique ainsi présentée n'est guère susceptible d'encourager les chirurgiens dans la voie que nous indiquons. On comprend que sur 76 aliénistes consultés par Angelucci, 3 seulement se soient déclarés favorables et que sur 18 gynécologistes et chirurgiens, également consultés, 5 seulement soient partisans de l'intervention ; encore sur les cinq, il faut en signaler deux qui n'interviennent que lorsque les organes génitaux sont réellement malades.

C'est en s'appuyant sur des résultats statistiques analogues que Russell, au Congrès de Montréal, et tous les aliénistes de la Grande-Bretagne et de l'Amérique (au nombre de 120) auxquels il s'était adressé, sont arrivés à combattre l'intervention chez les aliénés.

Presque tous ont répondu que très rarement l'état mental avait été modifié ; que si l'intervention se trouvait indiquée, quand il existait une lésion matérielle, on ne pouvait jamais compter sur une amélioration de l'état mental. Ils vont même jusqu'à dire que lorsque la guérison est obtenue, il convient de l'attribuer à des conditions indépendantes de l'opération.

Or, pour ce qui concerne la statistique italienne, on constate qu'elle soulève de graves objections. Tout d'abord elle est faites d'observations adressées à l'auteur. Beaucoup d'entre elles manquent de renseignements précis sur la nature des lésions constatées et des opérations pratiquées ; parfois même les renseignements manquent totalement.

Un point capital, et sur lequel il nous faut insister spécialement, c'est que les auteurs n'y rangent guère que des cas d'hystérie. Ils distinguent bien les hystériques de celles qui ne le sont pas. Tout d'abord, cette répartition est inégale. L'auteur a divisé ses observations en 13 groupes cliniques, Or, les 9 premiers ne comprennent que des hystériques, le 10e comporte 24 cas de psychose post-opératoire chez des femmes non hystériques, mais qui n'étaient pas folles, dit l'auteur, avant l'opération.

Les deux derniers groupes comprennent 24 malades aliénées, dont 19 sont aggravées, ou restent stationnaires après l'opération, dont 5 paraissent améliorées ou guéries. Or, dans le détail nous trouvons que sur les 19 cas, 9 étaient atteintes de folie hystérique, 2 de folie périodique menstruelle, 1 de folie épileptique : donc : 12 malades, dont la plupart sont hystériques.

Quant aux 7 autres, il n'est donné aucun renseignement ; enfin, les 5 derniers cas sont constitués par des femmes atteintes de folie hystérique avec accès maniaques.

Il résulte de cet examen que presque tous les cas rapportés par les auteurs italiens sont relatifs à l'hystérie, et nous ajouterons qu'il en est de même de ceux que vise Cuylitz dans sa communication. Il nous dit, en effet dans ses conclusions que nous tenons à reproduire intégralement : « Rien, dit-il, ne justifie une intervention chirurgicale dans le traitement de l'hystérie ou d'un état épileptique. Elle n'est curative dans aucun cas : elle débilite parfois, et retarde la guérison ; elle est parfois mortelle ». Cette dernière conclusion est sans valeur : les autres sont contestables, nous ne retenons ici que la première qui démontre que l'auteur n'a envisagé que l'hystérie et l'épilepsie.

Dans la statistique de Rohé, nous trouvons également plusieurs faits d'hystérie, et il est certain que sa statistique eût été meilleure s'il avait su écarter ces cas.

Notre expérience nous a conduit à penser que l'hystérique ne doit que dans des circonstances exceptionnelles être soumise à une intervention chirurgicale.

Les statistiques étrangères, que nous avons citées, sont fort instructives à cet égard ; les résultats mauvais que leurs auteurs ont obtenus chez des hystériques ne peuvent que nous confirmer dans cette opinion.

Les hystériques ont un mode de réaction particulier vis-à-vis des opérations : les préoccupations morales anté-opératoires, l'opération elle-même deviennent le plus souvent pour elles le point de départ d'une obsession qui les conduit à des troubles intellectuels. Beaucoup deviennent folles après une intervention, comme nous le montre Angelucci. La dénomination bien vieillie aujourd'hui de shock opératoire semble leur convenir particulièrement.

Pour notre part, nous n'en avons jamais opéré dans notre service de Ville-Evrard. Notre statistique ne contient que deux cas opérés par l'un de nous, il y a dix ans, dans le service de Kéraval, à cette époque où notre expérience n'était pas faite ; les malades n'ont pas guéri de leur état mental.

Il est un autre point important à mettre en relief dans les

statistiques étrangères : c'est que, dans presque tous les cas, les opérations ont été faites dans l'unique but de guérir les malades de leur état mental, c'est-à-dire ont porté sur des organes sains.

Dans les groupes classiques établis par Angelucci, beaucoup ne visent que ces cas.

Nous voyons même dans ceux de ces groupes où il est spécifié que les femmes présentaient des lésions véritables, que les lésions accusées consistent dans des altérations scléro-kystiques de l'ovaire, lésions pour lesquelles nous n'avons jamais cru devoir intervenir, ou des salpingites blennorhagiques.

Ajoutons même que dans beaucoup de ces observations, les lésions annoncées par l'auteur *ne sont nullement spécifiées.*

Dans deux cas, l'auteur signale l'existence d'un fibrome utérin avec hémorragies profuses ; dans un de ces cas, d'ailleurs, la malade est devenue folle après l'opération.

Dans la statistique de Rohé, que nous avons citée plus haut, nous trouvons que plusieurs de ces malades présentaient des lésions utérines insignifiantes.

Jamais, dans notre pratique, nous n'avons fait l'ablation d'un organe sain ; nous avons dit plus haut que cette pratique est absolument condamnable ; et d'ailleurs, les résultats défectueux présentés par Angelucci ne viennent-ils pas s'ajouter aux raisons morales pour condamner à jamais une semblable pratique ? L'on comprend qu'Angelucci ait été amené à conclure, en s'appuyant sur les faits qu'il a publiés, que l'intervention ne pouvait se justifier que par la gravité des maladies des organes sexuels, sans qu'on puisse, dit-il à tort, espérer une influence heureuse sur l'état névropathique des femmes à opérer.

C'est la conclusion à laquelle Jacobs s'est rallié lui-même, et il est évident que les partisans de l'intervention ont singulièrement nui à la thèse qu'ils soutenaient en pratiquant des opérations dans des conditions différentes.

Dans notre statistique, comme nous l'avons dit plus haut,

toutes nos opérées étaient des malades qui auraient subi l'opération, même si elles n'avaient pas été aliénées, et c'est certainement une des principales causes des résultats heureux que nous avons enregistrés.

Si nous envisageons, en résumé, les conditions spéciales dans lesquelles nous sommes intervenus chez les aliénées, on comprendra facilement les raisons qui nous ont permis d'obtenir des résultats si différents de ceux signalés à l'étranger :

1° Nos observations d'abord nous appartiennent en propre. Elles ont été prises méthodiquement ; tous les renseignements intéressant notre thèse s'y trouvent implicitement compris.

Nos malades ont été suivies par nous ; les cas récents resteront soumis à une observation prolongée.

2° Nous avons éliminé avec soin toutes les hystériques que l'intervention chirurgicale semblent prédisposer spécialement aux troubles mentaux. L'étude des faits publiés lors de la discussion sur les psychoses post-opératoires est bien instructive à cet égard.

On ne doit, selon nous, intervenir chez elles que dans des cas exceptionnels et quand elles présentent des lésions pouvant menacer leur existence.

3° Nos opérées sont toutes des malades dont l'état justifierait l'intervention, même si elles n'étaient pas aliénées. Aucune opération sur des organes sains n'a été pratiquée.

4° Nous avons enfin spécifié plus haut les catégories d'aliénés qui nous paraissent actuellement justiciables de l'intervention ; il est d'ores et déjà certain que tous les aliénés ne sauraient bénéficier d'une intervention chirurgicale, que beaucoup d'entre eux ne sauraient subir une intervention sans le plus grand préjudice, et que c'est à établir les indications opératoires dans chaque cas spécial qu'il convient de s'appliquer.

Nous en avons indiqué quelques-uns. Nous convenons qu'il en reste beaucoup d'autres à établir.

Mais tout incomplète qu'elle est, cette étude nous a semblé mériter votre attention, en ce qu'elle indique, en réalité, une voie nouvelle à suivre dans cette question si complexe des relations de l'aliénation mentale avec la chirurgie.

OBS. I. (Service de M. le Dr Briand). — *Délire mélancolique chez une prédisposée à l'occasion d'une fistule rectale. Guérison* (1).

Mme S... a toujours eu un caractère un peu exalté, mais sans troubles intellectuels proprement dits, jusqu'au jour où il lui vint, dans des conditions que nous ignorons, une *fistule rectale*.

A partir du jour où le médecin qui la soignait lui fit par de cet accident, la malheureuse fut prise d'*angoisses terribles*. Peu à peu elle perdit le sommeil, se désolant à la pensée que sans doute elle ne guérirait jamais et qu'il lui faudrait subir une terrible opération. Bientôt l'anxiété augmenta et les *hallucinations* auditives se montrèrent. Elle croyait entendre des *diables* qui l'accusaient d'être la cause de tous les maux sévissant sur l'humanité. Puis survint une courte période d'agitation, enfin un véritable délire mélancolique, au cours duquel la malade tenta de se *suicider* en cherchant à s'enfoncer une lame de fer pointue dans la région précordiale. Le mari survint à temps et plaça sa femme à l'asile.

Quelques semaines après l'entrée, la guérison de la fistule fut obtenue par de simples cautérisations au nitrate d'argent, auxquelles la malade ne se résignait d'ailleurs que très difficilement, et bientôt les troubles intellectuels s'amoindrirent : la gaieté revenait, les hallucinations *disparaissaient* ; la malade abandonnait ses anciennes préoccupations et pouvait enfin quitter l'asile complètement guérie après trois mois de traitement.

OBS. (Résumée), présentée à la Société médico-psychologique, le 26 décembre 1898. — *Mélancolie. Fibrome utérin. Guérison après opération.*

La nommée L..., femme R..., est entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 25 octobre 1895, accompagnée du certificat médical suivant, signé par M. le Dr Legras, médecin de la préfecture de police : « Etat mélancolique qui paraît lié à une altération organique (fibrome utérin). Hallucinations auditives. Idées d'empoisonnement imaginaire. Refus de la nourriture. Agitation nocturne. Quelques idées de suicide, stigmates physiques de dégénérescence. »

Mme R... est une femme robuste, de taille élevée, de tempérament congestif ; elle est âgée de quarante-huit ans Réglée pour la première fois

(1) Toutes ces observations ont été rédigées par les médecins aliénistes dans le service desquels les malades étaient placées.

Elles sont toutes personnelles.

à l'âge de douze ans ; jusqu'à ce jour la menstruation est restée régulière. Aucune maladie grave à noter. Son père est âgé de soixante-dix-huit ans et bien portant ; sa mère est morte à cinquante-neuf ans, elle était atteinte d'un ulcère variqueux, elle paraît avoir succombé à une sorte d'épuisement progressif; sa santé s'était profondément altérée à la suite de la ménopause. Elle a une sœur qui a quarante-six ans, mariée, sans enfants, très bien portante. Son frère est mort de la petite vérole.

Notre malade s'est mariée à dix-neuf ans, a eu une grossesse à vingt-deux ans ; grossesse et accouchement se sont passés normalement.

Elle présente, au point de vue physique, quelques signes de dégénérescence et notamment de l'asymétrie faciale, de l'adhérence des lobules des oreilles, un rétrécissement apparent du diamètre transverse du crâne.

Au point de vue psychique, on peut dire que son niveau intellectuel est peu élevé. Si elle a pu acquérir une instruction primaire passable, son raisonnement, abstraction faite du délire, laisse beaucoup à désirer. Elle savait autrefois diriger son ménage avec économie.

L'état mélancolique qui a nécessité son internement à l'asile s'est établi par étapes successives et a commencé par une sorte d'abattement, de prostration, qui lui faisait rechercher l'isolement. Depuis deux ans déjà, elle éprouvait déjà à la suite des moindres marches, une sensation insurmontable de fatigue que venait encore aggraver des souffrances liées à la présence d'un néoplasme dans la cavité abdominale. Cependant ses fonctions organiques suivaient leur cours à peu près régulier ; la menstruation elle-même n'avait pas été influencée par le néoplasme dont nous venons de parler ; elle était restée régulière. Aux soucis que lui occasionnait sa santé physique, à la crainte d'une intervention chirurgicale absolument nécessaire, vinrent bientôt s'ajouter des tracas causés par des pertes d'argent. La dépression s'est alors accentuée, des appréhensions maladives commencèrent à envahir son esprit. A la suite de contrariétés insignifiantes survenues avec des voisins, elle tomba dans une tristesse profonde et elle eut une période de recueillement pendant laquelle des interprétations délirantes s'organisèrent. En vain on essaya à un moment de lui procurer des distractions, de la faire voyager, de lui changer sa situation ; rien ne put enrayer sa disposition au délire. Bientôt, sans passer par la phase des hallucinations élémentaires de l'ouïe bien caractérisées, elle entendit des voix de nature injurieuse et menaçante, elle crut l'existence de son enfant compromise, elle l'appelait sans cesse, elle était convaincue que ses voisins la lui cachaient, la faisaient souffrir, etc. Une deuxième fois on tenta d'éloigner de son esprit ces préoccupations délirantes, on la conduisit loin de l'endroit où son délire avait pris corps ; mais à la tristesse, l'anxiété succéda, avec cette agitation si spéciale et si difficile à calmer qui l'accompagne habituellement, et la séquestration devint une mesure urgente, impossible à éviter.

Etat mental à l'arrivée à l'asile. Quand la malade est soumise à notre

observation, elle offre l'attitude des mélancoliques anxieuses, elle est sans cesse en mouvement, elle fait entendre des gémissements, elle paraît être en proie à un délire hallucinatoire des plus intenses, elle refuse d'une façon absolue la nourriture, terrorisée qu'elle est par des voix qui lui défendent de manger, alors même qu'elle est tourmentée par une sensation atroce de faim. Elle cède seulement pendant la nuit à cette sensation de faim ; ne se croyant plus surveillée, elle dévore alors d'énormes morceaux de pain.

Ses hallucinations se poursuivent sans aucun répit et se compliquent d'illusions qui lui font voir tous les objets sous un aspect tout à fait anormal ; les feuilles lui paraissent noires, les physionomies de personnes prenaient des airs grimaçants. Les troubles de la sensibilité avaient chez elle un caractère particulièrement pénible, se produisant, tantôt sous forme de piqûres, de brûlures qu'elle attribuait à l'électricité, tantôt sous forme de tiraillements insupportables exercés sur ces joues, sur son nez, sur ces paupières. Des hallucinations psychomotrices contribuaient encore à augmenter son trouble ; on la forçait à prononcer certains mots, certaines phrases. Des personnes de Chalon, de Mâcon, de Paris lui parlaient à la fois, la clouaient à la même place, lui imposaient par un fil une conversation que malgré tous ses efforts elle n'arrivait pas à rompre.

Pendant plusieurs mois, l'état mental ne se modifie pas. Les règles ramènent sans cesse une exacerbation du délire. Puis une rémission se produit brusquement vers le mois de janvier 1896, rémission incomplète, ainsi que le bulletin de santé suivant le constate :

« Amélioration, le sommeil est redevenu paisible, l'appétit est satisfaisant, l'activité physique se réveille. Les hallucinations de l'ouïe persistent et provoquent parfois encore de l'agitation anxieuse ».

Le 6 février 1896, une rechute se produit, l'excitation est redevenue très vive. Malgré la plus vive insistance, la malade refuse de se soumettre à un examen gynécologique. La menstruation se fait irrégulière, comme à l'approche de la ménopause.

Le 16 mars, une nouvelle rémission est constatée dans l'état mental de la malade, qui se montre très régulière dans ses actes et a même jusqu'à certain point de conscience de sa situation passée. Cet état ne constitue toutefois qu'une accalmie passagère. Au moment des règles, le délire se réveille et se complique d'agitation anxieuse.

A la date du 16 avril, nous trouvons à son dossier le bulletin de santé suivant :

« La malade est reprise d'un délire très intense ; ses hallucinations anciennes sont revenues et ne lui laissent aucun répit. Continuellement, elle croit entendre la voix de son mari, elle est persuadée que tous ses parents sont à l'asile, elle dit entendre leurs cris, leurs gémissements, leurs appels désespérés. Ces perversions sensorielles la jettent dans un état d'angoisse extrême qui la rend très difficile à soigner. »

Le 20 avril, en raison de l'agitation croissante, les visites de la famille de la malade sont suspendues.

Le 5 juin, accalmie relative. Un examen gynécologique a révelé l'existence d'une tumeur fibreuse dont l'ablation est proposée et pratiquée le 29 juin.

L'état mental s'améliore rapidement après l'opération. Le 25 août, le bulletin de santé suivant est adressé à la famille :

« La malade est très calme et ne présente plus actuellement aucune idée délirante, aucune perversion sensorielle. La convalescence pouvant être activée par son retour au milieu des siens, le médecin en chef est d'avis de provoquer sa mise en liberté. »

Il adresse le même jour à M. le Préfet de police un certificat de sortie ainsi conçu :

« Mme R... se trouve actuellement dans un état mental très satisfaisant.

« Les troubles intellectuels qu'elle présentait étaient probablement liés aux souffrances physiques qu'elle éprouvait sous l'influence d'une énorme tumeur abdominale. Depuis l'intervention chirurgicale (laparotomie) qu'il a été nécessaire de pratiquer, l'état mental s'est rapidement amélioré.

« J'estime, en conséquence, que cette malade,qui est redevenue absolument calme et dont la convalescence peut être activée par le retour dans sa famille, doit être mise en liberté. »

La malade quitte l'établissement le 1er septembre 1896. M. Picqué a revu la malade plusieurs fois en 1897 et 1898. La guérison s'est maintenue.

Obs. III (Service de M. Kéraval, maison de santé de Ville-Evrard).— *Manie aiguë. Prolapsus utérin. Hystéropexie. Guérison.*

B... (Jeanne), femme C..., quarante-sept ans, entrée dans le service de M. Kéraval, le 28 février 1891.

Chez elle la manie aguë est caractérisée par une agitation incessante, une grande volubilité, des discours incohérents et des actes désordonnés. Cet état a duré sans interruption jusqu'au jour de la guérison opératoire.

L'hérédité de cette malade semble assez chargée, mais il est difficile d'obtenir à cet égard des renseignements précis de la part du mari. M. Kéraval s'est surtout rendu compte du passé par l'ensemble des renseignements fournis, bien plus que par la précision des détails.

Cette malade a, d'ailleurs, une fille de dix-huit ans, qui est peu développée au point de vue psychique et physique.

La crise actuelle serait la deuxième, au dire du mari. La première a guéri spontanément par l'isolement dans une maison de santé. A son entrée dans mon service, je ne constate aucun signe physique de dégénérescence, mais je reconnais un prolapsus utérin très marqué et très facilement réduc-

tible. Il est impossible à maintenir, et d'autre part l'agitation de la malade ne permet pas de placer et de faire supporter un pessaire.

Cet état s'aggrave sans cesse. J'avais tout d'abord songé à la faire opérer pendant une période d'accalmie, mais l'agitation persistant, je priai M. Picqué d'intervenir à la demande expresse de la famille. Le chloroforme a été relativement facile et très facilement supporté malgré l'agitation extrême de la malade. Il a fallu néanmoins lui placer une camisole avant de procéder à la chloroformisation.

M. Picqué pratiqua l'hystéropexie, qui ne présenta rien de particulier.

Dès la cicatrisation de la plaie opératoire, la guérison survint brusquement et la malade rentra dans sa famille.

Note de M. Picqué. — La malade occupait à la maison de santé une cellule capitonnée : elle avait près d'elle constamment plusieurs infirmières. Je dus littéralement l'examiner à la course, la malade se sauvant dès que je pratiquai le toucher. Je fus absolument surpris de voir le calme renaître dès l'opération, chez une femme agitée depuis plus d'un an, sans rémission aucune.

Elle put me parler raisonnablement dès le deuxième jour. J'ai vu son médecin dix-huit mois après l'opération. La guérison avait persisté. Je n'en ai plus eu aucune nouvelle depuis cette époque.

Sa sortie de l'asile date du 27 février 1892.

Obs. IV (Service de M. le Dr Febvré). — *Dépression mélancolique. Endométrite cervilicale. Amputation du col. Guérison.*

Mme F... (Aimée), agée de trente ans, ménagère, entre le 27 mai 1898. *Antécédents héréditaires.* — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, et bien régulièrement jusqu'à son mariage (1890). Depuis elle a quatre enfants, ses couches ont été normales. Mais depuis la naissance de son dernier enfant (septembre 1897), que d'ailleurs elle nourrit, elle souffre dans le ventre et les lombes, a de très fréquentes pertes de sang. A l'occasion de ces pertes, Mme F... abuse de vulnéraire et de cognac. En même temps que les troubles génitaux, sont apparus les troubles mentaux caractérisés par un état de dépression mélancolique avec illusions, interprétations délirantes, idées de jalousie et de persécution. La malade est internée à la suite d'une tentative de suicide. Elle présente, au moment de son admission, des contusions qu'elle s'est faites en se jetant dans un puits.

L'examen gynécologique est pratiqué le 2 août 1898. On trouve un petit utérus en antéflexion légère ; rien aux annexes ; le col est volumineux ; il existe une hypertrophie des deux lèvres, surtout de la postérieure. L'amputation du col est pratiquée le 10 août. Sous l'influence de cette opération, les hémorrhagies cessent, les douleurs disparaissent, les règles s'installent régulièrement. L'état mental suit parallèlement l'amélio-

ration génitale. Les idées de suicide et les idées de persécutions ont disparu ; la malade n'a plus le sentiment de tristesse et d'impuissance qui la poursuivait continuellement. Au contraire, elle est gaie et travaille avec zèle et avec goût. Elle attribue son amélioration à la disparition de l'obsession continuelle que provoquaient ses métrorragies.

Le 8 *octobre* 1898, le Dr Febvré rédige le certificat : « Atteinte de lypémanie suicide, se trouve depuis deux mois dans un état de lucidité complet, a repris son activité et ses forces et peut être conséquemment rendue à son mari qui la réclame. »

Obs. V (Service de M. le Dr Febvré). — *Lypémanie chronique. Endométrite cervicale. Amputation du col. Guérison.*

Mme R... (Pauline), âgée de quarante-deux ans, couturière, entre dans le service du Dr Febvré, le 8 avril 1898, avec le certificat : « lypémanie chronique, délire, hallucinations génitales très intenses — on lui brûle, on lui arrache la matrice —, et très pénibles, entraînant un état d'irritabilité avec tendances dangereuses. »

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole hémorragique à soixante et onze ans ; mère rhumatisante morte à soixante-quinze ans : pas d'antécédents névropathiques.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt et un ans. Réglée à treize ans, et dès lors régulièrement. Trois accouchements normaux spontanés, sans accidents ; le dernier, il y a dix ans.

La malade se plaignant de douleurs abdominales, de leucorrhée, on l'examine au point de vue génital : rien dans les annexes ; lèvre antérieure du col volumineuse ; lèvre postérieure ulcérée ; prolapsus utérin accompagnée de rectocèle et de cystocèle légers ; hystérométrie, 7 centimètres et demi.

En août 1898, la malade est toujours dans le même état d'esprit, elle reste sous l'influence d'un délire hallucinatoire très intense ; elle continue à faire résistance à tout, ne veut pas même recevoir son mari. M. le Dr Picqué lui fait une amputation du col suivie d'un curretage qui ramène de nombreuses fongosités.

23 *décembre* 1898. — La malade est très calme, très régulière dans ses actes, elle a conscience de sa situation passée. On lui accorde un congé de huit jours. — 2 *janvier* 1899. On prolonge le congé de huit jours. Pendant ce temps, elle a ses règles. — 18 *janvier*. On délivre le certificat de sortie.

Elle revient fin janvier en visiteuse. L'état mental et général sont très bons.

Obs. VI (service de M. Febvré). — *Dégnérescence mentale. Endométrite cervicale. Guérison du délire après l'opération.*

Mme J. B..., âgée de trente-quatre ans, sans profession, entre dans le service du Dr Febvré avec le certificat suivant le 4 juin 1897 : « Est

atteinte de dégénérescence mentale, avec excitation très vive, idées de persécution, de grandeur, de suicide, hallucinations, illusions, impulsions, obsessions. »

Hérédité maternelle. — Réglée à onze ans et régulièrement jusqu'à son mariage, dix-sept ans. Depuis lors dysménorrhée très nette. Elle a eu 7 enfants et fait 2 avortements. Des 7 enfants, 4 sont morts, dont 3 de méningite. Le premier accouchement a été suivi de fièvre ; au dernier (juillet 1896), elle s'est levée le deuxième jour.

En avril 1898, on constate encore que la malade est sous l'influence d'une tristesse profonde, elle a des frayeurs, de l'anxiété, des appréhensions, elle est prise d'un tremblement généralisé au moindre bruit ; elle se désespère et des idées de suicide commencent à revenir. A ce moment, en outre, l'état général de la malade était mauvais, elle avait un grand sentiment de faiblesse et des tendances à la syncope. Ses règles étaient toujours extrêmement douloureuses, survenaient avec des retards de deux ou trois semaines et s'accompagnaient de véritables métrorragies ; plusieurs fois elle a même eu à ces moments-là des nausées et des vomissements. L'examen gynécologique révèle un gros utérus en antéflexion, une ulcération sur la lèvre antérieure du col. Pas de lésions annexielles.

Le 7 septembre, M. Picqué fait un curettage qui ramène beaucoup de fongosités.

En octobre, l'état général est très satisfaisant, l'état mental également, si bien que les derniers jours du mois, elle est rendue à son mari qui la réclame.

Obs. VII (service de M. Febvré). — *Débilité mentale. Endométrite cervicale. Guérison du délire après l'opération.*

F..., femme T..., née dans la Nièvre, en 1855.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de maladies générales, goitre peu volumineux.

Réglée à treize ans, 3 enfants ; le premier aurait dix-neuf ans, le dernier une fille, a quinze ans.

La première couche a été pénible, et depuis, la malade a toujours plus ou moins souffert du ventre. Mais l'état génital ne s'est aggravé que dans l'année 1898.

Maladie mentale. — En 1881, à la suite d'un grave accident survenu à son mari et alors qu'elle nourrissait son premier enfant, premier internement de sept mois. Pas de renseignements.

En 1896, à la suite de la naissance de son second enfant, elle est internée à nouveau. Elle est alors atteinte de débilité mentale avec excitation presque continuelle, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de la vue. Erotisme et mysticisme. Appoint alcoolique. Elle est transférée à l'asile de Begard, d'où elle ne tarda pas à sortir.

En juillet 1898, la malade a une rechute qui coïncidence encore avec un grand chagrin (maladie grave du dernier enfant qui lui reste). Elle présente une grande excitation avec idées de persécution, jalousie morbide, désordres dans les actes, hallucinations, illusions.

De juillet à septembre, la malade reste très excitée, veut s'évader, dérobe de l'argent et de menus objets à ses voisines. En septembre, en même temps que les désordres génitaux s'exagèrent, des idées hypocondriaques se surajoutent au délire précédent ; la malade reste absolument inactive, son état général devient mauvais, elle pâlit et maigrit.

Novembre. — Examen gynécologique par M. Picqué. Utérus en antéflexion légère. Rien d'appréciable dans les annexes. Col gros et violacé. Déchirure transversale à droite. Opération le 25 novembre 1898.

Curettage et amputation du col. Peu de fongosités dans la cavité utérine.

25 *décembre* 1898. — Etat physique satisfaisant, disparition des préoccupations hypocondriaques ; le délire est moins intense.

25 *février* 1899. — Etat général très bon. Le délire a totalement disparu. Elle travaille avec zèle et avec goût.

5 *mars* 1899. — L'état général de la malade est très bon, elle a engraissé. L'état mental est également aussi bon que possible, plus de délire, plus d'idées hypocondriaques. Elle se trouve heureuse de ne plus souffrir et elle attend avec impatience sa sortie qui serait accordée, si le mari — détourné par ailleurs — n'y mettait obstacle. Sortie après nouveau certificat établissant que le maintien à l'asile n'est plus justifié.

Obs. VIII (service de M. le Dr Febvré). — *Débilité mentale. Staphylome cornéen. Enucléation. Guérison du délire.*

V... (Pauline), âgée de trente-huit ans, célibataire, sans profession, entre à Ville-Evrard, dans le service du Dr Febvré, avec le certificat suivant, le 6 juin 1898 : « Atteinte d'affaiblissement intellectuel avec agitation anxieuse, mobilité, cris, terreurs, insomnie absolue. Prévention de vagabondage. Hémiplégie faciale droite. Embarras gastrique. »

« Au cours du mois de juin, on remarque une altération profonde et grave de l'état physique, séjour au lit prolongé.

M. Picqué constate un staphylome cornéen « cornée encore un peu transparente bosselée, vision abolie ; pas de douleurs ». Ophtalmie sympathique au début.

Enucléation d'après le procédé classique.

Elle est transférée à Dun-sur-Auron, le 26 janvier 1899, avec le certificat suivant : « Pour un délire mélancolique compliqué d'agitation anxieuse, de mutisme; est redevenue très active, n'accuse aucune souffrance, aucun vertige, aucune idée délirante depuis l'ablation de l'œil ; serait toutefois incapable de subvenir aux besoins de son existence. »

OBS. IX (Service de M. Febvré). — *Dégénérescence mentale avec délire mélancolique. Kyste vaginal. Guérison après opération.*

Mme P... âgée de trente-deux ans, ouvrière en couronnes, entre dans le service du Dr Febvré avec le certificat : « est atteinte de dégénérescence mentale pour la seconde fois, et délire mélancolique. Hallucinations visuelles et auditives terrifiantes. Agitation par intervalles. Idées de suicide. Excès alcooliques. »

Réglée à douze ans, avec régularité, mais avec douleurs assez vives. Elle a eu quatre accouchements normaux et une fausse couche. Pendant sa dernière grossesse, elle a reçu un coup de pied dans le ventre. Pointe de hernie crurale gauche. L'examen révèle un kyste vaginal d'origine wolfienne, implanté à droite ; il est translucide et fait saillie à la vulve, présente la grosseur d'une noix.

Le Dr Picqué tente la dissection sans ouverture préalable ; mais la paroi cède, il s'écoule un liquide blanc visqueux ; il résèque alors aux ciseaux toute la paroi du kyste qui est libre et décolle celle qui est adhérente.

Le 12 octobre, l'état local est très satisfaisant ; de même l'amélioration de l'état mental va en augmentant ; les conceptions délirantes ont disparu progressivement.

Le 28 décembre elle est mise en liberté.

OBS. (Service de M. le Dr Febvré). — *Mélancolie aiguë. Endométrite cervicale. Guérison après opération.*

H..., vingt-cinq ans, employée, entre le 26 août 1898 dans le service de M. Febvré qui rédige le certificat suivant : « Est atteinte de mélancolie aiguë, avec idées hypocondriaques de culpabilité, de suicide. Tentative de suicide par précipitation. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, sauf aménorrhée à l'âge de dix-sept ans. Accouchement normal en 1894. La malade a aussi une leucorrhée continue avec douleurs abdominales ».

A l'examen, M. Piqué constate tous les signes d'une vaginite intense et totale. Le col est gros : la lèvre postérieure ulcérée. L'utérus est petit, en antéflexion légère et antéversion complète. Il n'existe aucune lésion notable dans les annexes ; néanmoins on perçoit de la douleur à la pression. On constate encore une frature probable du calcanéum et une cyphose dorso-lombaire congénitale.

Sous l'influence du traitement ordinaire, la vaginite a beaucoup diminué.

M. Picqué pratique l'amputation du col. Le résultat opératoire est excellent.

Résultats au point de vue mental (note fournie par M. Pelas, interne de service, le 28 mars 1899. Registre statistique, 1899). L'amélioration de

l'état mental a été légère et lentement progressive au début, mais aujourd'hui les idées hypocondriaques qui avaient provoqué l'éclosion des idées de suicide ont complètement disparu. De même ont disparu les idées de culpabilité. Plus de dépression des facultés. Plus de tristesse. Etat normal : la malade est gaie : elle parle. Elle est satisfaite, enchantée de son opération. La mélancolie aiguë a complètement disparue. Absence complète de conceptions délirantes. Note confirmée par le médecin-chef.)

Obs. XI (Service de M. le Dr Febvré). — *Dépression mélancolique. Enucléation de l'œil. Convalescence mentale. Endométrite. Guérison après deux opérations.*

Miss R... (Georgina), âgée de trente-cinq ans, institutrice. Entrée dans le service du Dr Febvré avec le certificat suivant : le 4 août 1897 est atteinte de dépression mélancolique, avec idées de persécution dirigées contre une de ses tantes, qui lui refusent un pardon imploré depuis de longues années ; tentative de suicide par submersion. A déjà été soignée dans un asile d'aliénés.

Antécédents héréditaires. — Le père s'est tué à quarante-sept ans. Mère inconnue et mystérieuse, venant voir sa fille en se présentant comme une tante.

Antécédents personnels. —Rougeole. Migraines. Rhumatisme cérébral. Réglée à dix-neuf ans. Elevée en France dans un couvent. Institutrice. Accident de lawn-tennis, où elle perd un œil. Excentricités, abus d'éther et d'alcool, idées de grandeurs. Est internée cinq mois à Villejuif en octobre 1895.

Decembre 1896. — Fausse couche de six mois ; depuis lors, métrorragies, leucorrhées, douleurs abdomino-lombaires. A ce moment déjà, douleurs oculaires. Abus d'alcool et d'éther. C'est dans ces circonstances qu'elle entre en août 1897 chez le Dr Febvré.

Septembre 1897. — Toujours idées de suicide.

Octobre 1897. — Même état mental et violentes douleurs oculaires.

Novembre 1897. — Des troubles génitaux viennent se surajouter. Impossible d'examiner la malade. L'état mental paraît s'aggraver.

7 *janvier* 1898. — Les douleurs oculaires étant intolérables, le Dr Picqué pratique l'énucléation.

Février 1898. — Les douleurs de tête ont disparu. Idées mélancoliques moins prononcées. L'état génital est toujours le même. Ne veut pas se laisser examiner.

De *février* à *août 1898*.— L'état mélancolique s'améliore avec exacerbation au moment des règles. En juillet, vomissements incoercibles.

En *août*.- Examen gynécologique : utérus gros en antéflexion légère. Col volumineux, laisse échapper beaucoup de mucus ; rien aux annexes. Le curettage pratiqué le 3 août 1898 ramène beaucoup de fongosités.

Octobre 1898.— L'état général de la malade est toujours mauvais. La moindre émotion, la moindre contrariété ramènent le découragement et les crises gastriques. Son impressionnabilité est extrême.— *Novembre 1898.* Bonne période, tant au point de vue mental que physique.— *Décembre 1898.* Des questions d'intérêt éveillent encore son irritabilité nerveuse ; néanmoins, bon état général.

23 décembre.— Bon état mental et physique. Elle rentre chez un ami à Paris.

Obs. XII. (Service de M. Briand). *Imbécillité simple. Délire surajouté. Kyste ovarique. Amélioration après opération.*

P..., âgée de quarante-trois ans, entre à l'asile des aliénés de Villejuif, dans le service de M. le Dr Briand, le 5 mai 1884, quelques jours après l'ouverture de l'asile, venant de Ville-Evrard avec le diagnostic d'imbécillité simple ; incapacité de se diriger et de pourvoir à ses besoins. Prognathisme inférieur ; blésité ; idées ambitieuses absurdes.

A l'arrivée de la malade à Villejuif, on constate la présence d'une tumeur abdominale peu développée, globuleuse, indolente et ne donnant lieu à aucune réaction. Au bout de trois mois, le corps entier se couvre d'une éruption d'aspect érythémateux. Le volume du ventre s'était accru rapidement par la production d'un épanchement péritonéal. En même temps, la malade était tombée dans un état de demi-stupeur.

En cinq mois, huit ponctions abdominales sont pratiquées, donnant chacune en moyenne dix à douze litres d'un liquide clair, jaune citrin, contenant des flots d'albumine.

Au point de vue mental, après chaque ponction, la malade était moins déprimée.

Or, cette atténuation de l'état mélancolique de la malade a été constatée après chacune des huit ponctions qui ont été pratiquées. Ce ne pouvait donc être une coïncidence, et l'on ne pouvait attribuer au hasard le réveil des facultés intellectuelles consécutif à chaque ponction.

Le 15 novembre, la malade entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Pozzi, qui pratique avec l'aide de M. Picqué l'ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire. P... reste dans le même état de demi-stupeur.

Mais, pendant la convalescence de l'opération, les facultés intellectuelles se réveillent ; la malade sort de son mutisme habituel et parle d'une manière assez sensée aux infirmières, pour que celles-ci puissent croire à une guérison complète.

En réalité, l'état d'imbécillité antérieur persistait; mais l'état de vésanie mélancolique, qui s'était développé parallèlement à l'évolution de la tumeur, avait cessé après l'ablation de celle-ci

D'ailleurs, on ne pouvait chercher dans l'état physique de la malade une cause à ses préoccupations mélancoliques. P... était une imbécile, et

l'arrêt de développement de ses facultés intellectuelles affirmait chez elle une absence complète de préoccupation mélancolique au sujet de son état physique.

Obs. XIII (Service de M. Febvré). — *Dégénérescence mentale. Délire mélancolique surajouté. Endométrite. Amélioration après opération.*

Mme V..., femme C..., âgée de quarante-deux ans, entre le 18 décembre 1897, dans le service du Dr Febvré, qui fait le certificat suivant : « Est atteinte de dégénérescence mentale avec délire mélancolique, idées de persécution et de suicide, hallucinations auditives, impulsions, obsessions ».

Antécédents personnels. — Cette malade a été réglée à dix-sept ans, régulièrement. Elle a eu deux enfants. Actuellement, elle accuse des douleurs lombo-abdominales et des métrorragies. En janvier, son état mental subit une rémission. En avril, avec une exacerbation de l'état général, l'état mental redevient mauvais ; par moments, la malade se livre à des accès de violence.

En août, l'examen gynécologique révèle un utérus mobile, bosselé sur sa face postérieure ; rien aux annexes.

Le curettage, pratiqué dans le courant du mois, permet de constater que l'utérus est très dilaté et plein de fongosités.

La malade se montre très satisfaite de son amélioration physique. Mais le 24 septembre, son attitude, ses gestes prouvent qu'elle est encore sujette à quelques hallucinations. En octobre, la malade est très calme, très régulière dans ses actes, mais conserve quelques scrupules religieux, quelques hallucinations ; mais ces illusions n'ont plus de caractère pénible et ne provoquent plus comme autrefois de l'irritabilité. Le 20 octobre, elle est réclamée par son mari ; on la laisse sortir avec le certificat suivant :

« Mme V... n'est pas guérie, elle a encore des scrupules, des hallucinations de l'ouïe, des mouvements de vivacité. Aussi j'estime que momentanément elle doit être mise à l'abri de toute contrariété et de toute inquiétude. Je conseille à son mari de ne pas faire immédiatement revenir ses enfants près d'elle ».

Obs. XIV. (Service de M. le Dr Febvré). *Paralysie générale. Délire surajouté. Endométrite cervicale. Rémission après opération.*

Mme H... entre dans le service du Dr Febvré avec le diagnostic de paralysie générale, le 22 octobre 1897.

On constate des troubles du langage, de l'inégalité pupillaire, des erreurs de mémoire, de l'inertie, du gâtisme.

Réglée à quinze ans, mariée à seize ans, un accouchement normal.

Le 23 mars 1898, elle se plaint d'aménorrhée datant de cinq mois, de leucorrhée et de douleurs abdominales. L'examen gynécologique révèle un utérus et ses annexes normaux ; le col est un peu gros mais ulcéré sur ses deux lèvres. Le 29 juin, M. Picqué pratique l'amputation du col,

A la suite de l'opération, la malade se montre satisfaite de la disparition de ses pertes et des douleurs abdominales ; en même temps, on constate une rémission au point de vue mental. L'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles existe toujours, mais la malade a conscience de ses actes, peut se conduire, se diriger, subvenir à ses besoins ; toujours pas de conceptions délirantes, peut-être quelques idées de satisfaction.

Novembre 1895, quelques vols sont commis par la malade. La paralysie générale reprend sa marche progressive.

Obs. XV. (Service de M. Febvré). Résumé, Soc. méd. psychol., 1892.— *Débilité mentale. Délire polymorphe surajouté. Kyste et fibrome utérin. Amélioration après opération.*

La nommée C..., femme S..., âgée de trente-neuf ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 26 septembre 1890, après un séjour d'un an à l'asile de Villejuif et un mois de liberté dans sa famille. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels font presque totalement défaut. Toutefois, des stigmates physique de dégénérescence se remarquent : le visage est asymétrique, les oreilles sont mal ourlées, les lobules en sont déchiquetés comme chez certaines personnes scrofuleuses ; dans l'ordre psychique, outre un délire polymorphe, on observe un certain degré de débilité mentale. De l'hérédité, nous ne savons qu'une chose, c'est que le père de la malade est mort d'une affection tuberculeuse.

Des habitudes alcooliques invétérées sont venues, par la suite, augmenter la prédisposition à l'aliénation mentale et se sont signalées par des bouffées de délire toxique avec accès maniaques et retentissement fâcheux sur l'organisme.

L'état mental, au moment de l'arrivée à l'asile, peut être ainsi caractérisé : délire alcoolique en voie d'atténuation, greffé sur un état d'infériorité intellectuelle et constitué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, de la sensibilité générale et viscérale, par la persistance de signes somatiques d'alcoolisme, tels que tremblement des lèvres et des mains, malaises gastriques, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs.

Les conceptions délirantes de persécution sont surtout très accusées ; la malade prétend que Sainte-Anne (l'asile) la persécute, qu'on s'entend avec un Italien qu'elle a dans le ventre. Son mari est, dit-elle, tourné par les femmes, il la frappe.

Les hallucinations de l'ouïe sont des plus intenses : les voisins, surtout une femme qui demeurait au second, la suivaient par leurs voix ; on disait : « Montez-moi un révolver ». Carnot lui a dit que son cœur était pourri.

La croyance des influences occultes est chez elle absolue ; « elle a compris que la physique, que le commissaire de police était avec sa persé-

cutrice». Les illusions de la vue s'ajoutent à ces troubles multiples ; « elle a vu le Président de la République chez des marchands de vin, elle l'a reconnu d'après son portrait ». Des altérations de la personnalité surviennent ensuite : « quatre Italiens sont maintenant dans son ventre » ; elle entend leurs voix qu'elle qualifie les unes de *bonnes*, les autres de *mauvaises* ; deux Italiens, ceux de droite, sont pour le mari, les deux de gauche sont pour elle. Ils lui agrandissent la bouche, ils lui changent la tête, ils lui ont mis une tête d'homme en dedans de la sienne ; elle n'a plus ses yeux. Ils voudraient tout lui changer ; ils substituent à ses organes de femme des organes d'homme. Parfois les hallucinations du sens génital deviennent encore plus manifestes ; elle prétend alors que les quatre Italiens la prennent de force, qu'ils la violent l'un après l'autre, qu'ils laissent des traces ignobles sur sa chemise, qu'elle sort de ces odieux attentats complètement exténuée. Les hallucinations de la sensibilité générale et de la vue ne sont pas moins évidentes : il y a toujours un Italien qui veille à ses côtés, elle sent ses mains sur ses épaules, sur son ventre. il lui montre une tête grimaçante pendant qu'elle mange.

Enfin les idées de grandeur apparaissent ; elle est connue de tout Paris. On l'avait électrisée en 1882 et Paris l'a su ; tous les journaux parlent d'elle.

Le délire s'est ainsi poursuivi jusqu'au mois de juillet, laissant entrevoir à bref délai un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, entrecoupé d'accès maniaques au moment des règles qui étaient signalées par des ménorragies redoutables, nécessitant l'emploi d'hémostatiques. L'examen des organes pelviens, tant par le toucher vaginal que par la palpation et la percussion abdominales, avait permis de reconnaître, depuis plusieurs mois déjà, la présence de deux tumeurs, dont l'une était à gauche, dans la région ovarienne, empiétant déjà sur la ligne médiane et le côté droit, dépassant l'ombilic de deux travers de droit, tumeur peu mobile, fluctuante et offrant les apparences d'un kyste fortement enclavé dans le plancher pelvien, adhérent à l'utérus ; dont l'autre venait faire saillie à travers le col utérin, sous forme d'une masse blanchâtre, mamelonnée, presque exsangue, à bords circulaires, du volume d'une mandarine, s'étalant en dehors des lèvres du col et étranglée à sa base qui donnait naissance à un pédicule traversant le canal cervical.

En raison de l'état d'émaciation de la malade épuisée par des pertes périodiques d'une extrême abondance, une double intervention chirurgicale fut décidée et eut lieu le 5 juillet.

La première opération consista dans l'énucléation du corps fibreux.

La deuxième, en l'ablation d'un kyste inclus dans le ligament large.

L'opération amena la disparition de toutes les perversions sensorielles de la sphère génitale.

La malade n'a plus d'Italiens dans le ventre, ni à droite ni à gauche ;

elle a repris ses attributs féminins, elle n'est plus l'objet de souillures infâmes, elle n'a plus personne à ses côtés pendant son sommeil, elle ne sent plus aucun contact ; les illusions du goût ne se reproduisent plus.

Obs. XVI. (Malade du service de M. le Dr Briand, à Villejuif). — *Délire de persécution. Fibrome utérin. Etat stationnaire après opération.*

T... (Célestine), trente-quatre ans, est entrée à l'asile de Villejuif, le 10 février 1896.

Antécédents héréditaires. — Père et mère se portent bien. Sa sœur passe pour être un peu négligente (?)

Les autres membres de la famille jouissent d'une excellente santé. (Renseignements donnés par le médecin de la famille).

Antécédents personnels. — Pas de renseignements sur son passé.

Nous savons seulement qu'elle était douce, bonne, raisonnable et travailleuse ; aimait beaucoup sa famille, ses père et mère.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte à un an. A cette époque (1895), elle est éprise d'un jeune homme de son pays ; elle lui écrivait souvent et lui demandait de l'épouser ; elle est allée même plusieurs fois chez lui. La famille ne comprenait rien à ce dévergondage et a commencé à croire qu'elle avait l'esprit troublé. C'est à ce moment-là qu'on a remarqué que son ventre grossissait. Au début, sa sœur croyait qu'elle était enceinte.

Le Dr Régis (de Bordeaux), qui l'examine, constate l'existence d'une tumeur abdominale.

A la même époque, Mlle Célestine devient bizarre, son caractère change ; elle, si douce et si bonne, ne veut plus voir personne de sa famille, surtout sa mère. Au moment de ses règles, devenait insupportable, énervée, et quelquefois avait des crises de larmes, des attaques hystériformes.

Elle avait de plus des idées de persécution, mais ses persécutions sont d'une nature érotique ; le commissaire de police et d'autres individus viennent dans sa chambre toutes les nuits pour la violer.

A la fin de l'année (1895), elle devient amoureuse du commissaire de police ; mais « honnête fille » comme elle l'était, elle voulait plutôt se marier ; aussi écrivait-elle des lettres au commissaire et l'accusait de venir chez elle nuitamment. Le commissaire fait prévenir la famille. On l'interne une première fois à l'asile de Picon. La tumeur abdominale grossissait toujours. Le père la fait sortir au bout de deux mois ; elle n'était pas du tout guérie, ni même améliorée. Elle avait toujours des idées de persécution et, de temps à autre, des hallucinations de l'ouïe : on lui parlait derrière les murs. Le Dr Régis avait conseillé à la famille de la faire opérer ; mais elle ne voulait subir aucune opération.

Un beau jour, lasse de voir que le commissaire ne voulait pas l'épou-

ser, elle vient à Paris pour faire des démarches afin de se faire épouser par force par lui. En arrivant à Paris, elle achète un revolver pour le tuer s'il persiste dans son refus, et pour empêcher ses ennemis d'entrer dans sa chambre, où on la violait chaque nuit. Sa sœur vient à Paris pour la rejoindre et la faire opérer. Internement (1896).

Etat de la malade, au moment de l'internement.— C'est une femme de petite taille, maigre, brune. Légère asymétrie faciale. Cause très bien, très bonne mémoire. Très malicieuse et méfiante. Jamais de contradiction dans ses réponses. Elle nie avoir été à l'asile de Picon. Pourquoi l'a-t-on mise dans un asile ? elle n'est pas folle. Dieu merci, elle a toute sa raison. C'est sa sœur qui est une vraie folle ; c'est elle qu'on devrait interner ! Si elle a acheté un revolver, c'était pour se défendre.

Février.— M. Picqué l'examine ; elle ne se résigne que très difficilement à laisser faire un examen très superficiel. Diagnostic : fibrome de l'utérus. Mlle Célestine ne veut pas qu'on l'opère, elle n'a pas besoin d'opération, elle n'est pas malade ; mais elle avoue qu'elle ne veut pas se faire opérer, parce qu'elle a peur de l'opération ; l'on s'endord, nous dit-elle, mais l'on ne se réveille pas. « Je ne conteste pas l'adresse des médecins, mais il y en a tant qu'on opère et qui ne se réveillent pas. Et puis ma vie n'est pas en danger ; au contraire, c'est parce que j'y tiens trop que je ne veux pas me faire opérer ».

Jusqu'au moment de l'opération, la malade n'a eu aucune hallucination. La sensibilité générale est normale.

4 mars 1896. — Opérée par le Dr Picqué, avec l'*autorisation écrite par la famille.* Fibrome de l'utérus pesant 2 kilogrammes. Suites très simples.

Elle se laisse faire ses pansements sans aucune difficulté. Maintenant qu'elle est opérée, elle a tout intérêt à se laisser faire.

Pendant tout le temps de sa convalescence, elle a été très douce, ne parlant plus de persécutions ; souvent souriante, demandant si elle allait sortir. Elle lisait aussi quelquefois dans la journée.

Mais ce calme relatif est de courte durée.

A peine debout, elle devient de nouveau persécutée : sa sœur, qui l'a fait maintenir à l'asile, est commandée par un magistrat, lequel, pour faire plaisir à une de ses cousines, veut la faire passer pour folle.

Un jour, pendant qu'elle était encore à l'infirmerie, elle demande à la veilleuse de la réveiller si on vient la chercher pendant la nuit, et de ne pas la laisser dormir comme la veille pendant qu'on l'attendait.

Mai. – Elle commence à incriminer les infirmières, les insulte, et même, une fois, les frappe.

Toute la journée, elle reste inactive, sans lire ni travailler, écrit seulement quelques lettres à son père ou au magistrat. Passée au quartier des agitées.

Là, pour la première fois, nous dit-elle, depuis son entrée, elle a entendu, la nuit, la voix de son neveu qui lui disait : « Tante, je souffre beaucoup. » Depuis ce jour, tous les matins, elle nous dit avoir entendu la voix de telle ou telle personne de sa famille.

Au mois de juin, aux hallucinations de l'ouïe, s'ajoutent les hallucinations de la vue et de la sensibilité générale : elle a vu ce matin à cinq heures M. le Docteur qui se promenait mélancoliquement dans les corridors. Elle a vu aussi M. le Directeur et d'autres personnes. On cherche à l'empoisonner ; elle refuse de manger, mais n'insiste pas longtemps ; et deux jours après, elle prend les aliments qu'on lui donne.

12 juillet.— Très agitée, ellea cassé des carreaux.

19 juillet.— Certificat pour transfèrement.

« Dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, et prédominance d'idées de persécution. » Tendance ambitieuses. Peut être transférée.

Obs. XVII. (Maison de santé, M. Kéraval).— *Vésanie hystérique. Fibrome utérin. Etat stationnaire après opération.*

Mme M... (Pauline), femme D..., trente-neuf ans. La malade a fait son premier séjour à l'asile du 27 mars 1889 au 26 juin 1889. Elle rentre dans le service de M. Kéraval (Maison de santé de Ville-Evrard) le 1er juin 1890.

Dans le certificat médical d'entrée, le médecin déclare qu'en 1882, la malade a présenté une mélancolie consécutive à l'allaitement (délire d'épuisement des Allemands). Durée : six mois. Guérison spontanée.

Depuis cette époque, la malade a eu, à plusieurs reprises, quelques troubles cérébraux analogues aux précédents et coïncidant toujours avec son état de santé précaire (névralgie précordiale, courbature générale, dépression presque absolue des forces).

Les désordres cérébraux ont été toujours en augmentant, se compliquant de crises nerveuses qui ont nécessité son internement, d'autant plus que des idées de suicide s'etaient manifestées à diverses reprises et qu'il devenait urgent de mettre cette malade dans l'impossibilité d'attenter à ses jours. Il est de nouveau nécessaire de l'interner.

Certificat de vingt-quatre heures du Dr Febvré : excitation intellectuelle, hallucinations et illusions multiples. Altération des sentiments affectifs. Troubles névropathiques variés. Paraît présenter la plupart des symptômes de la folie circulaire.

Certificat de quinzaine du Dr Febvré : excitation avec impulsions, menaces, désordres dans les actes. Altération très profonde des sentiments.

27 mars 1889.— Loquacité maladive, discours à perte de vue sur sa situation antérieure, qui ne sont que le reflet d'anciennes hallucinations ou illusions.

L'affection mentale, comme dans certaines formes circulaires d'aliénation, est caractérisée par un certain degré d'altération des sentiments affectifs et se complique de troubles multiples de nature hystérique. Constipation opiniâtre.

5 avril 1889.— La malade paraît calme.

12 avril 1889.— Pertes utérines très abondantes. Fibrome utérin.

16 avril 1889.— Faiblesse générale. Pâleur. Petitesse du pouls, occasionnée par les métrorragies, qui persistent malgré le tamponnement, à cause de son état d'excitation.

18 avril 1889.— Amélioration physique et mentale. Puis l'agitation reprend et les pertes reparaissent, quoique moindres.

26 avril 1889.— Santé physique excellente. L'agitation diminue.

6 mai 1889.— La malade est calme ; actes réguliers et raisonnables ; l'altération des sentiments affectifs persiste. Ventre souple et indolore. Constipation moins opiniâtre. Sommeil naturel. La faiblesse a disparu.

10 mai.— Règles régulières et santé physique bonne.

17 mai.— La malade continue à bien aller et la menstruation est normale.

24 mai.— Santé physique et mentale parfaites.

14 juin. – Guérison. La malade désire vivement sortir et surtout, dit-elle, trouver au dehors des conditions plus favorables à sa parfaite santé, afin de ne pas *retomber malade* (textuel). Si ce malheur lui arrivait (c'est toujours elle qui parle), elle reviendrait avec plaisir se faire soigner à Ville-Evrard.

Sortie guérie le 26 juin 1889.

Second séjour à l'asile, du 1er juin 1890 au 31 juillet 1892.

Rentrée le 1er juin 1890. Cette fois, manifestation des plus nettes de l'hystérie convulsive avec troubles intellectuels caractéristiques, exagération d'actes et de propos, exaltation, excitation, allures emphatiques (certificat Kéraval.— Certificat de quinzaine (Kéraval), même état.

Plaques d'anesthésie disséminées à droite. Analgésie complète à gauche. Fibrome utérin. Pas d'autres anomalies physiques. Conservation du sens chromatique et du champ visuel.

3 juin.— Très grande excitation. Propos et gestes exagérés, emphatiques ; menaces d'une grande attaque. Santé physique bonne.

6 juin.— Mobilité incohérente de l'humeur ; a besoin de faire beaucoup de bruit ; écrit sans cesse ; factums incohérents ; idées exagérées.

10 juin.— L'excitation hystérique est toujours très grande. Santé physique parfaite. *13 juin.*— Menstruation régulière. *20 juin.*— Altération passionnelle propre aux hystériques.

27 juin.— Grimaces, pétulance emphatique ; gestes et allures désordonnées ; violences. — *8 juillet.*— Délire semi-conscient produit par des conceptions bizarres. *11 juillet.*— Atténuation. *1er août.*— Toujours

agitée, quoique à un moindre degré depuis ses règles. *17 août.*— Toujours très excitée et excitation offrant toujours les mêmes caractères. Flux menstruel très irrégulier ; il y a quinze jours, apparition passagère ; depuis trois jours, réapparition assez accentuée.

2 septembre.— Sensiblerie, demande à voir les siens en pleurant.

16 septembre.— Atténuation de l'excitation ; règles assez abondantes pendant trois jours, mais santé générale bonne.

19 septembre.— Paraît aller mieux ; cause raisonnablement, puis, brusquement, désordre des actes, exagération des propos, turbulence, singeries, malpropretés paradoxales.

24 novembre.— La malade paraît revenir à la normale.

En résumé, l'histoire de cette malade est caractérisée par des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Commémoratifs ne présentant aucune tare héréditaire.

Note de M. Picqué.

M. Auguste Voisin est appelé en consultation. Il conseille l'ablation des ovaires. Appelé moi-même à formuler un avis, je me refuse à l'ablation d'organes que je considère comme sains ; mais, ayant constaté l'existence très nette d'un fibrome utérin de moyen volume, j'accepte de remplir l'indication chirurgicale, et je propose l'opération de Battey, qui est agréé par le mari. Peu après l'intervention, que je pratiquai en juin 1891, les règles se régularisent et les pertes sanguines cessent complètement.

La malade sort guérie mentalement du service de M. Kéraval le 31 juillet 1891. Mais la guérison n'est que de courte durée (dix mois environ) et la malade rentre à l'asile dans le même état qu'auparavant. Elle est aujourd'hui en démence complexe dans le service de M. Febvré (1899).

Discussion

M. Mabille.— Je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt de la communication de MM. Febvré et Picqué.

Pour ma part, sans trop m'illusionner sur les résultats futurs, toutes les fois que je soupçonne une lésion utérine ou des annexes, je me fais un devoir d'intervenir ou de provoquer une intervention.

Spiritisme et folie

Par MM. les Drs A. Marie et A. Vigouroux.

A toutes les époques, les délirants ont emprunté aux préjugés régnants, aux préoccupations du moment, aux

inventions sensationnelles, aux innovations scientifiques ou autres, les éléments surajoutés de leur délire.

On a répété sous bien des formes que les victimes antiques des Euménides correspondaient aux possédés du moyen-âge, aux gens hantés, puis aux électrisés, aux magnétisés, aux hypnotisés, etc.,de nos jours.

Le spiritisme, a son tour, a servi à bien des délirants comme explication des perturbations ressenties, il a fourni à la folie son tribut de systèmes délirants secondaires à des troubles psychomoteurs, et c'est ce qu'on observe fréquemment dans les services d'aliénés.

Mais de plus, chez certains spirites, l'exercice de la médiumnité qui est un entraînement à l'automatisme cérébral inconscient, provoque une véritable dissociation mentale, pouvant aller jusqu'au délire constitué. Les différentes manifestations visuelles, auditives, motrices, d'abord provoquées volontairement, deviennent spontanées, involontaires ; elles s'imposent au malade en dehors de sa volonté et même contre elle. C'est l'obsession tyrannique angoissante à un premier degré, puis, l'état de conscience disparaissant de plus en plus, le malade entre de plein pied dans le délire, restant en tête à tête avec l'esprit imposé et persécuteur, né de son automatisme cérébral inconscient.

Nous avons observé des malades à automatisme psychique développé par les pratiques du spiritisme et analogues aux sujets étudiés par M. Pierre Janet.

Une spirite simple, médium auditif et intuitif, ayant beaucoup souffert de troubles dysesthésiques, applique à l'explication de ce trouble nouveau l'hypothèse qu'elle a toujours invoquée pour les autres manifestations spirites. Ayant éprouvé une vive sensation de froid dans tout le côté droit, elle croit à l'évocation réelle de son mari mort, reprenant place à son côté, dans son lit.

Une autre prédisposée, s'étant livrée aux pratiques spirites, par désœuvrement, devint médium auditif et visuel, après quatre ans d'entraînement. Vers l'époque de la ménopause, elle

présenta des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations psychomotrices, visuelles et auditives, sur lesquelles elle construisit un délire systématisé qui la fit interner : des apparitions fluidiques la terrifient, l'hypnotisme la font agir, etc. C'est dans le spiritisme qu'elle trouva ses réactions de défense, et elle a repoussé ses persécuteurs par l'évocation d'esprits supérieurs qui vinrent à son aide. Aujourd'hui, elle présente encore des troubles psychomoteurs et des hallucinations de l'ouïe, qu'elle considère comme des manifestations spirites.

Obs. I.—Ch..., Marie-Louise, femme T... est âgée de 82 ans. Elle est à la colonie depuis deux ans, après avoir passé quelques semaines à l'asile de Villejuif, où elle avait été internée pour démence sénile avec idées hypocondriaques vagues, faiblesse musculaire plus accusée du côté gauche.

Elle avait été transférée de l'hôpital Laënnec, où elle était entrée à la suite d'une crise d'excitation nerveuse, provoquée par la vente de son mobilier. Une jeune fille qu'elle avait adoptée l'avait entraînée à la ruine.

Ch... avait eu une existence mouvementée ; d'abord employée de librairie en province, puis libraire à Paris, elle s'était occupée, avec son mari, de magnétisme, d'homéopathie et surtout de massage. Cette dernière occupation lui avait réussi au point de vue pécuniaire, et lui avait procuré des relations dans le faubourg St-Germain et même, dit-elle, dans les cours étrangères.

La perte de ses ressources, l'impossibilité, vu son grand âge, de gagner sa vie, la fit tomber dans un court accès de mélancolie *a miseria* dont elle est actuellement remise.

Aujourd'hui, c'est une femme physiquement bien conservée pour son grand âge : sa taille est voûtée, sa démarche un peu chancelante, mais elle peut se promener seule. La faiblesse musculaire n'est pas plus accentuée d'un côté que de l'autre. Seule, la face présente de la paresie du côté gauche, la bouche est légèrement tournée vers la droite, et les plis de la joue gauche sont effacés. Sa vue est affaiblie, elle présente un gérontoxon marqué des deux côtés, de plus, à droite, la cornée droite est légèrement opaque et l'œil gauche est atteint de cataracte commençante.

L'ouïe à droite est très dure, à gauche elle entend encore le tic tac d'une montre. Bien qu'elle ait des étouffements, le matin au réveil, l'auscultation du cœur ne fournit pas de signes d'altération cardiaque ; les artères sont athéromateuses, les poumons emphysémateux.

Pas d'anesthésie cutanée.

La mémoire est très bien conservée et très sûre, principalement en ce qui concerne les faits anciens, et nous avons pu la mettre à l'épreuve.

C'est par elle que nous avons connu tous les détails de son existence mouvementée.

Son père, ancien gendarme en Corse, est mort à 32 ans, d'une affection contagieuse rapportée de ce pays et qui provoqua également la mort d'un jeune frère. Sa mère est morte à 78 ans et son deuxième frère à 51 ans, d'une maladie aiguë.

Elle a toujours été nerveuse et émotive ; à l'époque de la puberté, survenue chez elle à 17 ans, elle eut même des attaques de nerfs Mariée à 27 ans à M. T..., libraire, elle eut de lui une fille qui mourut du choléra, à un an ; auparavant, elle avait fait une fausse couche de quelques mois.

La mort de sa petite fille lui porta un coup terrible, elle resta longtemps déprimée, et c'est pour la distraire, qu'une voisine la conduisit à une séance de spiritisme.

Ce fut pour elle une véritable révélation, à peine eut-elle touché de ses mains la table tournante, que celle-ci lui sauta à la figure : c'était un esprit qui depuis longtemps l'attendait. Elle sortit de cette séance convaincue et en partie consolée. Son mari, esprit fort, la traita d'abord de folle, mais il dut bientôt se rendre à l'évidence et après avoir approfondi la question, il devint d'abord spirite, puis médium écrivain.

M[me] Ch..., au bout d'un an de pratique spirite, devint médium à son tour, d'abord médium intuitif, puis auditif, puis somnambule. Elle ne put jamais devenir médium écrivain, car, dès qu'elle se mettait dans l'état de distraction nécessaire à la production de l'écriture automatique, elle tombait en léthargie. Pendant ce sommeil, elle parlait à son mari, lui révélait les affections cachées des malades qu'il soignait, lui disait des choses surprenantes dont elle ne se souvenait pas à son réveil, mais dont son mari profitait. Une fois cependant, elle eut pendant son sommeil, une communication écrite : un esprit conseillait à son mari de l'envoyer auprès de son frère, gravement malade, — ce qui se trouva vrai.

Mais les premières manifestations de la médiumnité furent intuitives, c'est-à-dire que lorsque dans une séance *littologique* on interrogeait une table, à peine celle-ci avait-elle frappé la première lettre d'un mot, qu'elle devinait le mot tout entier. Plus tard, les manifestations furent auditives, et elle entendit prononcer le mot sous la table.

Un jour, étant seule dans son magasin de librairie, elle entendit dans la devanture un bruit comparable à celui d'une locomotive en marche, c'était un esprit qui désirait lui parler. Alors commencèrent une série d'entretiens des plus intéressants : conseils religieux et pratiques, consolations, dissertations sur les sujets les plus élevés, etc. Tous les jours, à heure fixe, l'esprit revenait, puis après un certain nombre d'années, il disparut pour ne plus revenir.

Voici une prière qu'elle écrivit sous sa dictée :

« Seigneur, Dieu tout-puissant de miséricorde, nous unissons nos

« cœurs pour vous remercier des bienfaits dont vous nous avez comblés « pendant cette journée de labeur. Nous vous prions, Seigneur, de répandre « sur nous votre sainte bénédiction, afin que chaque jour soit un pas de « fait dans une voie meilleure.

« Donnez-nous la force de pardonner à ceux qui nous ont offensé. « Faites, Seigneur, que nous les aimions comme de bons frères et que « nous puissions prier pour eux.

« Ecartez de nous les esprits malheureux qui tenteraient de prendre « place parmi nous et nous détourneraient de nos devoirs

« Nous vous prions, Seigneur, de répandre pendant cette nuit le « repos dans nos membres fatigués et le calme dans notre esprit, afin que « demain nous soyons dignes de vous et de notre père céleste. »

Elle fréquentait avec son mari le monde spirite, assistait aux séances, en donnant eux-mêmes et toujours elle se manifestait médium, très puissant, il suffisait souvent de sa présence pour que des espériences très délicates réussissent. Elle a fréquemment assisté à des apports réels, à des rappels de vie chez des morts, etc., etc. Son mari était devenu président d'une société magnétique et avait même ouvert un salon, quand il mourut en 1880 emporté par une fièvre chaude ? avec délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe, excitations, etc. Mme Ch..., malgré les conseils de son médecin, ne voulut pas le faire interner et le soigna chez elle.

C'était une très bonne femme, affectueuse et dévouée qui, en 1870, avait contribué à installer une ambulance, et qui, toute sa vie, avait fait du bien autour d'elle.

La mort de son mari la laissa inconsolable et, à sa suite, survinrent des incidents plus spécialement intéressants. Jusque-là, elle n'avait jamais éprouvé de manifestations tangibles des esprits et même elle ne croyait pas à leur possibilité. Cependant, trois ans après la mort de son mari, un soir qu'elle était couchée, elle ressentit dans tout le côté droit une impression de froid d'une grande intensité, c'était comme si un corps de glace s'était glissé contre elle. Cette impression dura cinq minutes, puis cessa complètement. Elle n'avait éprouvé aucune autre sensation d'ordre visuel ni auditif ; mais elle eut l'intuition que c'était l'esprit, ou plutôt, le peresprit de son mari qui était venu prendre place à ses côtés.

Elle fit part de cette manifestation tangible et de son interprétation à une réunion d'amis spirites, et l'un d'eux reçut du mari lui-même une communication lui confirmant le fait.

Quelle était l'origine de ces troubles dysesthésiques et cryesthésiques ? Il est difficile de la découvrir à une aussi longue distance : est-elle due à à une lésion organique aujourd'hui disparue ou à une hallucination de la sensibilité générale, ce qui sur un tel sujet n'a rien qui doive surprendre ? Toujours est-il que l'interprétation du phénomène fut facilement trouvée dans le domaine du spiritisme.

Des illusions de la vue donnèrent lieu à des interprétations du même genre : quelque temps plus tard, la nuit au clair de lune, elle vit dans son salon une ombre assise sur le fauteuil de son mari, elle en conclut aussitôt que c'était un esprit qui venait chercher quelque objet ; elle lui parla et l'ombre disparut. De même à plusieurs reprises, allant le soir à l'église pour assister aux offices du mois de Marie, elle vit sa place occupée par une ombre qui disparut quand elle s'approcha. Elle reconnut encore son mari. Le fait lui fut, du reste, confirmé par des craquements du prie-Dieu où elle s'agenouillait.

La faiblesse déjà commençante de sa vue, consécutive à l'opacité de la cornée droite et du cristallin gauche permet de plus facilement s'expliquer ces illusions.

Ces phénomènes ne se reproduisent du reste plus, et la dissociation mentale ne se manifesta plus que par les communications auditives et intuitives.

Aujourd'hui qu'elle ne peut plus, à son grand regret, fréquenter des réunions spirites, sa faculté intuitive ne lui est plus d'aucun secours ; mais elle est encore en communication avec l'esprit de son mari qui lui parle, la console, et cependant lui dit parfois des paroles dont elle ne saisit pas bien le sens. Comme il est fréquent, c'est de l'oreille droite, la sourde, qu'elle entend la voix de ses communications.

Obs. II.—B... Marie, Veuve H..., 57 ans, est une femme bien constituée physiquement ; son intelligence présente un certain degré de débilité. Elle a peu fréquenté l'école, il est vrai, mais elle ne lit et n'écrit qu'avec peine et ne compte que difficilement. Cependant, elle a été placée comme domestique pendant 13 ans dans la même famille.

Son hérédité ne révèle aucun antécédent morbide, son père et sa mère, cultivateurs, sont morts très âgés, elle a eu six frères et six sœurs en bonne santé, un frère, cependant, est mort de fièvre chaude pendant son service militaire en Afrique.

Dans sa jeunesse, elle a travaillé à la culture dans les champs et n'a été souffrante qu'au moment de la puberté qui survint à l'âge de 18 ans, ses règles furent régulières jusqu'à l'époque de la ménopause survenue à 52 ans. Elle n'eut pas d'enfant ni de fausse couche.

Elle vint à Paris à l'âge de 21 ans et se plaça comme domestique ; ses maîtres, très contents de ses services, la conservèrent 13 ans et la firent marier à un employé d'octroi.

Son mariage amena un grand changement dans sa situation et ses habitudes; la tenue de son ménage lui laissa d'autant plus de loisirs qu'elle n'eut pas d'enfant; d'autre part, son mari occupé à des heures régulières hors de chez lui, la laissait souvent seule.

Jusqu'à cette époque, elle avait toujours eu des sentiments religieux,

suite de son éducation première. Elle pratiquait peu, cependant, occupée par son service, mais elle faisait ses prières et suivait les offices quand elle le pouvait. Une fois mariée, elle se remit à fréquenter l'Eglise, suivant les offices, communiant, etc.

Elle fit bientôt la connaissance d'une voisine qui la conduisit à une séance de spiritisme : cette réunion fit une grande impression sur elle, elle fut vivement frappée par la foi des assistants, par les évocations d'esprit, etc. Elle devint une assistante assidue et une adepte sincère de spiritisme, les prières, les bonnes paroles qu'elle entendait, la simplicité de la doctrine la touchèrent. Elle comprit « qu'on pouvait vivre avec Dieu sans suivre les exercices compliqués de la religion catholique ».

Pour ne pas inquiéter son mari par ses absences régulières et aussi pour le faire profiter de sa découverte, elle lui avoua ses fréquentations aux séances de spiritisme et l'emmena avec elle.

Ils devinrent bientôt de fervents adeptes, et de 1880 à 1888, ils assistèrent régulièrement à deux réunions par semaine.

Ces séances commençaient par une prière faite en commun, on demandait à Dieu de faire incarner dans le médium soit un esprit souffrant, soit un esprit instructeur ; dans ce dernier cas, l'esprit instructeur disait de bonnes paroles, faisait des instructions morales, recommandait de faire le bien, d'aimer son prochain, etc., puis, dans une seconde partie de la séance, les assistants demandaient au guide de faire descendre dans le médium endormi l'esprit d'un parent ou d'un ami décédé ; l'assistant interrogateur mettait sa main dans celle du médium et la conversation commençait. Les assistants qui avaient la vue voyaient l'âme fluidique du médium sortir de son corps où elle était remplacée par l'esprit invoqué. Pendant toute la séance, on voyait l'âme fluidique planer au-dessus du médium. Au début, ni elle ni son mari ne voyaient rien, ce n'est qu'au bout de 5 à 6 ans qu'elle a commencé à devenir « auditive et visuelle. »

Dans d'autres séances, le médium écrivait les conversations des esprits, et son mari devint à son tour médium écrivain; les séances se terminaient par des prières et aussi par une quête au profit du médium. Jamais ni l'un ni l'autre ne servirent de médium dans des réunions publiques.

Mme B... ne devint pas médium visuel et auditif de prime abord, elle avait été frappée d'entendre ses voisins des réunions lui raconter qu'ils voyaient les âmes fluidiques des médiums, et que chez eux ils pouvaient à leur tour, voir et entendre des esprits évoqués, elle les enviait et priait pour obtenir la vue.

Ce n'est qu'au bout de 5 à 6 ans, que les visions apparurent, et ces visions lui furent plutôt désagréables, c'était en effet « des folets » qui, prenant toutes sortes de formes fantastiques, se jouaient d'elle. Elle eut peur ; mais l'âme de son père lui apparut pour la consoler, elle lui dit de persévérer et que c'était par la prière que la vue se développait. Elle persista,

en effet, elle acquit la vue et l'ouïe ; non seulement dans les réunions elle voyait les esprits s'incarner et l'âme fluidique du médium planer au-dessus de son corps, mais elle devint médium auditif et visuel ; après une bonne prière, elle pouvait évoquer tel esprit où elle désirait. Son mari priait avec elle, mais il n'entendait ni ne voyait rien, il ne pouvait qu'écrire les conversations des esprits évoqués.

En 1888, après huit ans de ces pratiques, le mari eut sa retraite d'employé d'octroi et ils se retirèrent à la campagne, dans la Meuse, où ils s'occupèrent de culture, d'élevage d'abeilles, etc.

Ce changement de milieu et d'occupations produisit un effet différent sur les époux : le mari, tout occupé de sa culture et de son travail, renonça à se servir de « l'écriture », tandis que la femme continua ses évocations et racontait à son mari qu'elle voyait et qu'elle entendait ; ils étaient tenus au courant par la *Revue spirite*.

Après un an de cette vie, relativement calme, le mari mourut et Mme B. restée seule et très attristée par cette mort, n'eut qu'une idée, revenir à Paris, fréquenter les réunions. Elle trouva, du reste, de rapides consolations dans les pratiques spirites, car huit jours après la mort de son mari, il lui apparaissait et l'entretenait.

En 1894, elle rentre à Paris et va de réunions en réunions, séances de spiritisme, d'hypnotisme, etc. Elle vivait seule, de ses rentes, dans une maison de la rue Traversière.

Bientôt, elle s'aperçut que ses voisins pauvres la jalousaient de la voir vivre à ne rien faire ; l'un d'eux, M. S..., se mit à « l'hypnotiser ». Il lui envoyait du « fluide » ; quand ce fluide s'emparait d'elle, elle se sentait serrée comme dans un étau et avait conscience qu'une volonté plus forte que la sienne s'emparait d'elle. Alors ce fluide la faisait parler, prier, lire à haute voix, lui faisait prononcer des paroles qu'elle ne voulait pas dire et que même elle savait être très mensongères, d'autres fois, il l'empêchait de parler.

Quand elle lisait, le fluide substituait aux lettres imprimées « des mots écrits avec du sang » ces mots étaient dirigés contre la religion.

D'autres fois le fluide se condensait et devenait visible, il prenait la forme d'hommes ou de femmes masqués qui la suivaient dans la rue ; par la prière elle s'efforçait sans succès de repousser ce nouveau fluide.

Elle se décida à quitter le logement qu'elle habitait et sortit un jour pour en chercher un autre qu'elle put retenir. D'abord elle se vit suivie par des agents de la fausse police et se sentit sous l'influence du fluide ; partout où elle s'adressait, les concierges étaient empêchés de lui louer. Découragée, elle s'assit à la terrasse d'un café, et là elle resta anéantie, jusqu'à ce qu'on lui eût dit de s'en aller. Elle ne pouvait plus se lever, plus quitter sa chaise : « tout dans ce café la retenait, l'empêchait de partir. » Elle alla cependant

chercher du secours auprès d'une amie spirite comme elle, et dans les rues qu'elle traversait, elle voyait s'amasser des foules, c'était comme des gens qui allaient se battre, il lui semblait que jamais elle ne pourrait traverser une telle foule : c'étaient des effets fluidiques. Son amie, spirite qui n'avait pas la vue, ne voyait rien et la reconduisit chez elle. Là les tourments recommencèrent de plus belle, le fluide la forçait de se lever, et se mettre à la fenêtre, on lui « subtilisait », de faire son testament et de déshériter son frère (elle entendait alors des voix lui parler) on lui « subtilisa » d'aller se faire tuer au pied de la colonne de la Bastille où elle avait soulevé une émeute et causé la mort de beaucoup de personnes.

Son frère, averti, vint et fit appeler un médecin, celui-ci la crut folle, car le fluide l'empêcha totalement de causer. Emmenée à Ste-Anne, puis à Ville-Evrard (mai 1895) elle continua à être sous l'influence du fluide ; les filles de service l'hypnotisaient et lui faisaient dire des mensonges, c'est ainsi qu'elle avoua avoir volé du linge à ses maîtres « ce qu'elle savait être faux.» Elle eut aussi la tête « clousclée.» Pendant son séjour à Ville-Evrard (mai 1895-septembre 1896), l'hypnotisme était trop fort, pour lui permettre de prier et de lutter contre lui. Cependant à la fin de son séjour il faiblit et elle put assembler quelques mots de prière, alors elle commença à lutter, et ses prières eurent un effet puissant contre le fluide ; même elle put prier tout haut pour d'autres malades qu'elle voyait empêchées de le faire. Elle eut une vision à l'asile de Bégard, l'hypnotisme fut vaincu par la prière et les apparitions mauvaises, terrifiantes, involontaires, firent place à des apparitions bonnes, réconfortantes et volontaires.

Par la prière, en effet, elle obtint à Bégard, et obtient encore aujourd'hui de bonnes apparitions. Elle demande à Dieu de lui envoyer des esprits qui lui veulent du bien et alors lui apparaissent des formes humaines fluidiques ; ce sont des apparitions lumineuses, éblouissantes, tant elles sont belles. Leur influence est si bonne, si fortifiante que lorsqu'on les voit on se sent léger et l'on voudrait s'élever avec elles. Ils parlent aussi et leur voix est douce et suave, il faut avoir l'ouïe exercée pour les entendre, ils prononcent aussi des paroles réconfortantes : espoir, courage, tu viendras avec nous. Ce sont des esprits supérieurs. Les esprits d'un degré moins élevé, son mari par exemple, son père, lui apparaissent avec toutes les apparences de la matière, ils sont habillés et tels qu'ils étaient avant leur mort; ils causent aussi et l'entretiennent des choses de l'au-delà de leurs souffrances, et leur purification, etc.

Les apparitions ne surviennent pas toujours au moment de l'évocation, elles se font attendre quelques heures et parfois quelques jours ; elles se montrent la nuit comme le jour, le plus souvent quand elle est seule, mais pas d'une façon constante.

D'autres fois des esprits qui souffrent, des follets apparaissent avec des masques sur la figure et cherchent à la taquiner, mais la prière les repousse facilement.

Enfin des esprits supérieurs arrivés à la perfection s'intéressent également à elle, ils s'appellent Mas et elle peut les évoquer à sa fantaisie. Ils l'ont suivie dans son voyage de Begard à Levet, ils accompagnaient le train de chaque côté de la portière et ils lui souriaient.

Les esprits s'emparent parfois de ses organes de la parole et parlent par sa bouche. Alors les paroles qu'elle émet ne sont pas d'elle, elle ne fait que les comprendre par les mouvements d'articulation et elle est surprise de l'élévation des pensées. C'est ainsi qu'à deux reprises, à Bégard, elle a fait aux sœurs des observations sur leur conduite, ces observations, très justes, n'étaient pas d'elle.

En ce moment, débarrassée de l'hypnotisme, dirigée et réconfortée par ses esprits supérieurs et familiers, elle se trouve heureuse, mais cependant elle croit que son devoir est de faire le bien, de secourir par des évocations des esprits souffrants et comme elle sent que les esprits supérieurs peuvent s'incarner en elle et parler par sa bouche, elle voudrait retourner à Paris fréquenter de nouveau les réunions, où elle pourrait servir de médium et propager la foi spirite.

Trois cas de Paralysie pseudo-bulbaire

Par MM. A. Marie et A. Vigouroux

Parmi les aliénées chroniques placées à la colonie familiale de Dun-sur-Aron, un certain nombre présentent des troubles paralytiques consécutifs à des lésoins organiques complexes. Trois d'entre elles nous ont paru plus spécialement intéressantes, tant par la complexité des symptômes qu'elles présentent, que par la difficulté de la localisation anatomique de leur lésion. Chez ces malades, en effet, le diagnostic d'une lésion bulbaire semblait s'imposer au premier abord, tandis qu'une étude plus approfondie met en lumière une ou plusieurs lésions corticales probables.

La 1re observation se rapporte à une femme de 55 ans, entrée à la colonie avec le diagnostic de délirante persécutée alcoolique; à la suite de deux ictus s'étant succédé à trois ans d'intervalle elle présente le tableau complet de la paralysie pseudo-bulbaire, tel que l'a tracé M. Brissaud : faiblesse générale, paralysie de la langue, parésie du voile du palais, parole nasonnée, rires et pleurs spasmodiques, etc.

La seconde observation concerne une femme de 54 ans,

qui, en 1892, à la suite d'une violente émotion, présenta une paralysie des 4 membres avec perte de l'usage de la parole. Les diagnostics d'aphasie simulée, de glossoplégie hystérique, de mutisme volontaire furent successivement portés. Aujourd'hui, la malade ne présente aucun stigmate hystérique, elle fait de grands efforts pour arriver à parler, mais la langue est toujours paralysée, elle est étalée, amincie; ses mouvements phonétiques de la langue sont complètement abolis, les mouvements de diglutition se font à peu près normalement, la mastication est difficile, etc. Elle présente en outre des troubles de la motilité et des troubles trophiques. Une lésion du noyau principal de l'hypoglosse expliquerait une partie de symptômes, mais n'est-ce pas plutôt une paralysie pseudo-bulbaire?

Enfin, dans la 3me observation, il s'agit d'une malade ancienne alcoolique, ayant été atteinte, d'après les certificats antérieurs, de paraplégie incomplète et d'aphasie. Aujourd'hui elle n'est plus ni aphasique ni paraplégique, elle présente de l'ophtalmoplégie externe avec paralysie faciale du côté droit, dont l'origine nucléaire ou corticale est difficile à reconnaître. Son état mental est également intéressant: sur un fonds démentiel se sont développées des impulsions motrices et des idées obsédantes de suicide.

Obs. I. — Lel. Clémence, femme Laud., couturière, 54 ans.

A son arrivée à la colonie de Dun-sur-Auron, le 24 mai 1895, Mme Lel s'est montrée d'une santé physique assez bonne, et ne présentait aucun trouble parétique ou spasmodique.

Elle avait cependant un léger tremblement dont les caractères semblaient en rapport avec des antécédents alcooliques signalés antérieurement. Elle ne paraît pas avoir présenté de délire chronique à proprement parler, bien que certains certificats le mentionnent, mais plutôt des idées de persécution et de richesse, en rapport avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel d'origine alcoolique préalable.

Réclameuse et exigeante, elle était d'un caractère difficile avec les nourriciers, et autoritaire avec les autres malades ses compagnes. Un petit pécule gagné à l'asile fut l'objet, de sa part, de maintes réclamations compliquées : elle prétendait avoir été frustrée d'une partie de ce qui lui était dû, trouvant insuffisante la somme qu'on lui délivrait. A Dun, elle n'a

jamais voulu travailler, trouvant le gain trop minime, mais en réalité étant incapable de le faire. Puérilement gourmande, elle dépensait en friandises l'argent qu'elle possédait.

D'autre part, elle se plaignait de malaises vagues qui semblaient se rapporter à des préoccupations hypocondriaques

Le 26 décembre 1895, elle eut pendant la nuit un ictus subit et fut trouvée, au lever, atteinte d'hémiplégie totale du côté gauche. Le bras et la jambe, les muscles de la face et de la bouche étaient paralysés, la salive s'écoulait de sa bouche, la langue était deviée à gauche.

Cet état s'améliora progressivement, elle marchait mieux, se servait plus facilement de sa main, parlait et mangeait plus facilement, quand, trois ans après, en décembre 1898, elle eut une seconde attaque.

La motilité des muscles de la jambe et du bras ne fut pas très modifiée, mais des phénomènes spasmodiques apparurent et attirèrent l'attention ; ce furent des crises de pleurs ou de rires spasmodiques survenant souvent sans motif, ou à l'occasion de légères contrariétés.

En même temps la voix s'altéra profondément et l'articulation devint difficile, presque incompréhensible, simulant la paraphasie ; la physionomie générale de la malade se modifia au point qu'il était légitime de penser à une affection bulbaire, mais, comme nous allons le voir, l'examen plus approfondi nous montra l'analogie parfaite de ce cas avec ceux étudiés par M. Brissaud, sous le nom de paralysie pseudo-bulbaire.

Lel. présente aujourd'hui de la faiblesse musculaire généralisée, d'où résulte une insécurité spéciale de l'attitude, elle se tient légèrement courbée, son bras gauche porté en flexion, comme si elle n'était pas sûre de son équilibre ; elle marche à tout petits pas, traînant un peu la jambe gauche. Elle hésite à se lever, à s'asseoir. La face est inerte, atone quand elle n'est pas contractée par le rire ou les sanglots. Les traits fixes, alors que les yeux sont grand ouverts, donne à la physionomie un aspect étonné. La mâchoire est légèrement tombante, mais ne laisse pas la bouche entr'ouverte. Les lèvres se ferment, mais ne peuvent se contracter pour siffler ; la langue non deviée est étalée susceptible de légers mouvements, mais incapable de s'avancer en avant hors de l'arcade dentaire.

Le voile du palais paralysé faiblement permet quelquefois le passage des liquides dans les fosses nasales.

La voix est nasonnée, monotone et la parole est le plus souvent incompréhensible, tous les mots sont mal articulés. Il n'y a cependant pas d'aphasie, car elle ne cherche pas ses mots et on peut vérifier leur justesse, en lui posant des questions impliquant des réponses connues : nom d'un objet, date de sa naissance, etc.

Son écriture s'est très modifiée, et nous en donnons trois exemples : l'un avant sa première attaque, l'autre avant la deuxième attaque et la troisième postérieure.

Écriture avant la 1ère attaque. (6 mois avant) (Juin 1895)

y. vous serez bien reconnaissante.
Daignez agréer les sentiments
respectueux de votre dévouée
Clémence Lelu
femme de Charles Landouzy

Écriture avant la 2me attaque. 1 an après la 1ère (Janvier 1896)

Veuillez recevoir mes remerciements
pour les bontés que vous avez
pour moi.
Clémence Lelu
femme Landouzy

Écriture actuelle :

Be Movre. elmemee Kale
Lele Landazy de

[Marie Clémence Stéphanie Lelu Landouzy]
(Mars 99)

Les réflexes patellaires sont très exagérés des deux côtés.

Les réflexes accomodatifs et à la lumière paraissent moins persistants. Pas d'inégalité pupillaire.

En dehors des pleurs et du rire spasmodique, qui durent parfois 10 à 15 minutes, il existe des troubles évidents de la respiration. Une forte et profonde inspiration est suivie d'un long repos, puis d'une série d'une douzaine environ de courtes expirations.

Le pouls plein et régulier bat 104 pulsations. L'auscultation du cœur ne révèle d'autre bruit anormal qu'un son éclatant du premier temps.

Pas de trouble de la sensibilité.

L'analyse de l'urine ne donne ni sucre, ni albumine.

L'état mental de la malade n'a pas subi de modification notable : son caractère est devenu peut-être plus irritable, par suite de la difficulté qu'elle a à se faire comprendre. Elle est toujours réclameuse et difficile à contenter. L'affaiblissement intellectuel n'a pas fait de grands progrès.

Obs II.— P. Amélie, Ve A., 54 ans.

Elle est entrée à l'hôpital Beaujon à la suite d'une *violente émotion* causée par la mort de sa fille. Elle avait, dit-elle, une attaque de *paralysie des 4 membres* et, de plus, elle avait perdu l'usage *de la parole.*

Le 27 décembre 1892, le médecin de l'hôpital demanda son transfert dans un asile d'aliénés parce qu'elle trouble le repos des malades et qu'elle est atteinte de « manie avec aphasie, peut-être simulée ? »

A son entrée à Sainte-Anne, M. le Dr Magnan fait un certificat constatant qu'elle présente de la dépression mélancolique avec accidents hytériformes, glossoplégie probable, anesthésie généralisée.

M. le Dr Briand, à l'asile de Villejuif, porte le diagnostic de dépression mélancolique, avec hallucinations probables, mutisme complet volontaire, refus d'aliments par intervalle, anesthésie, larmes, apect anxieux.

Transférée à l'asile de Pontorson, elle y fait un séjour de 5 ans et est enfin envoyée à la colonie de Dun-sur-Auron, où nous avons pu l'observer.

C'est une femme de forte corpulence, sa face est comme figée par suite de l'empâtement des traits.

Ses membres sont très volumineux, les molets mesurent 0,45 de de circonférence ; ils sont le siège d'une sorte d'œdème dur ne gardant pas l'empreinte du doigt.

Toute la peau, du reste, est aussi épaisse et est d'une grande susceptibilité. C'est ainsi qu'une application de sinapismes a provoqué une éruption bullo-prurigineuse qui persista plusieurs mois.

La force musculaire est amoindrie ; la malade marche, promène, travaille au tricot; mais elle est incapable de se livrer au moindre effort, de porter un paquet, de se tenir debout sur une seule jambe, etc.

Au dynamomètre, elle peut à peine faire mouvoir l'aiguille et la faire monter à 10 kilog. et après un effort de quelques secondes la main qui agit est prise de tremblement. On sent à peine la pression de sa main quand elle serre.

Le point le plus intéressant qui attire l'attention est le trouble du langage.

Le malade se fait comprendre en parlant sans ouvrir la bouche. Dès qu'elle veût parler sa bouche se ferme, les lèvres se pincent et elle fait avec effort passer l'air directement du larynx aux fosses nasales, les mots cependant sont suffisamment articulés pour qu'avec un peu d'habitude on puisse la comprendre.

Les mouvements phonétiques de la langue sont presque complètement abolis ; si, lui faisant ouvrir la bouche, on lui demande de prononcer les lingales, les dentales, la langue ne fait aucun mouvement, elle semble articuler par des mouvements de la base de la langue, combinés avec des contractions du voile du palais.

Dans la déglutition les mouvements de la langue sont suffisants pour conduire le bol alimentaire jusqu'au pharynx.

Dans la mastication, la langue ne peut ramener les aliments qui se logent entre les dents et les joues, et c'est en buvant qu'ils sont entraînés, ou avec le doigt. La malade mâche très lentement.

Le passage des aliments du pharynx dans l'œsophage s'accomplit normalement, il est rare que des parcelles alimentaires s'engagent dans le larynx, mais cela arrive parfois.

Jamais il n'y a de retour d'aliments et de liquide par le nez ; la langue est étalée, appliquée sur le plancher de la bouche. Elle est humide et de couleur normale.

Son épaisseur paraît diminuée (0,07 millimètres).

Elle présente à sa surface une dépression en forme de V dont la pointe serait tournée en avant. Il existe des mouvements vermiculaires surtout dans la portion postérieure, et si on saisit la pointe avec les doigts on ne sent pas de contraction.

Les mouvements de la langue ne sont pas totalement abolis, elle peut soulever la pointe en haut et la porter à droite et à gauche. Les mouvements sonts lents et pénibles, mais elle ne peut la projeter en avant de l'arcade dentaire.

La bouche s'ouvre mais pas complètement, et permet de voir à la voûte palatine une exostose en forme de crête ; un autre exostose s'est formée depuis un mois à la partie interne du maxillaire supérieur droit vers le bord alvéolaire des mollaires.

Les muscles des lèvres et des joues se contractent, mais toujours avec lenteur et peu de force ; la malade peut souffler, siffler, rire, et dans ces différents actes, les muscles des deux côtés se contractent symétriquement.

La salivation et la gustation semblent normales, la malade reconnaît le sucre, le sel, etc., dès qu'ils ont touché la musqueuse linguale.

L'odorat, la vue, l'ouïe ne présentent rien d'anormal, la sensibilité à la douleur est un peu émoussée, mais elle est conservée, au toucher. Pas de dyschromatopsie ni de cécité pour le vert, pas de rétrécissement notable des champs visuels.

Le trouble le plus évident de la sensibilité est une sensation de froid aux jambes dont la malade se plaint constamment et qui la pousse à s'entourer de tricot de flanelle, etc. Les urines sont normales.

Les autres fonctions, digestion, respiration, s'accomplissent bien. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Au point de vue mental, la malade présente un léger affaiblissement intellectuel avec quelque peu d'émotivité. La mémoire est bonne, elle nous fournit elle-même des renseignements sur sa famille, sa vie antérieure à son internement, son séjour à Pontorson, etc. Une lacune existe dans ses souvenirs au moment de son entrée à l'hôpital, et de son passage à Ste-Anne, elle a conscience de cette lacune. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'hallucination, ni de délire. Aujourd'hui elle est calme et raisonnable, elle vit heureuse dans la famille où elle est placée ; elle s'occupe en travaillant, se promenant, etc.

Elle regrette beaucoup de ne pouvoir parler et fait manifestement tous ses efforts pour y arriver, elle a accepté avec joie un traitement ioduré destiné à lui faire recouvrer la parole.

Son entourage mieux habitué à sa façon de parler la comprend plus facilement ; elle en conclue que son état s'améliore et elle s'en réjouit.

Ceci dit, pour écarter de suite l'idée de simulation volontaire. Elle n'est pas aphasique car elle trouve tous ses mots et les prononce à sa façon.

Avons-nous affaire à une glossoplégie hystérique ou à une paralysie bulbaire ?

Le début brusque, le manque d'évolution depuis sept ans de la maladie permet d'écarter la paralysie labio-glosso-laryngée, au moins jusqu'à ce qu'une évolution postérieure vienne modifier le diagnostic. Il est vrai que Kussmaul a cité un cas de début brusque apoplectiforme mais avec évolution consécutive qui ne se rencontre pas ici.

A défaut d'autopsie nous trouvons une analogie entre le cas de notre malade et celui de Mathias Duval et Raymond (Archives de Physiologie 1879). Ces auteurs avaient signalé la conservation des mouvements réflexes de déglutition coïncidant avec l'abolition des mouvements volontaires de la

langue. A l'autopsie ils trouvèrent des altérations notables du noyau principal de l'hypoglosse à l'exclusion du noyau accessoire.

Ils émirent l'hypothèse que ce noyau principal de l'hypoglosse serait plus spécialement le centre des mouvements de la langue pour la parole, le noyau accessoire n'étant que le centre des mouvements associés de déglutition. D'après Grasset, l'anatomie comparée semble confirmer cette hypothèse sur le chien et le cheval. D'autre part, cette conservation des mouvements réflexes de déglutition coexistant avec l'abolition des mouvements volontaires fait penser aux paralysies pseudo-bulbaires de M. Brissaud « dans lesquelles les cellules motrices encore saines et vigoureuses ne demandent qu'à exécuter les ordres du cerveau qui n'en transmet plus et les abandonne à leur rôle de centre réflexe. »

Dans ce cas, la lésion serait limitée comme dans la laloplégie de Spring aux centres corticaux des mouvements d'expression verbale de la langue, ou aux fibres, mettant ces centres en communication avec les noyaux bulbaires.

Obs. III.— V. Angélina veuve L..., née en 1835. Entrée en avril 1897 à Ste-Anne, venant de l'hôpital de Lariboisière.

Affaiblissements intellectuels avec accidents alcooliques, hallucinations, tremblements des mains (Magnan).

Affaiblissement intellectuel avec aphasie, paralysie (Toulouse).

Affaiblissements intellectuels légers avec accidents alcooliques, paralysie incomplète (Toulouse).

Transférée à la colonie (3 novembre 1897).

Pas de renseignements héréditaires.

Ouvrière en boutons de soie. Depuis 1870 elle fait des ménages; devenue veuve, elle a vécu quelque temps avec un ouvrier boulanger qu'elle accuse de brutalité à son égard. Elle est entrée à l'hôpital Lariboisière pour des douleurs (?) et c'est de là qu'elle fut envoyée à l'Asile.

Il est difficile d'avoir sur son compte des renseignements plus précis. La mémoire des événements récents est presque nulle et celle des événements antérieurs mal conservée. Son passage à Lariboisière, à Ste-Anne, à Villejuif n'a laissé aucune trace en sa mémoire, au moins comme date les faits en eux-mêmes lui ont laissé quelque souvenir.

En dehors de cet affaiblissement intellectuel, elle ne présente pas *d'aphasie* à proprement parler. Elle parle au contraire avec volubilité, elle dit cependant madame pour monsieur dans la conversation.

Elle se plaint d'une faiblesse générale des membres.

Les réflexes patellaires sont un peu exagérés.

Elle présente de la polyurie, 2 litre set demie en 24 heures, sans albumine mais avec trace de sucre.

C'est une femme petite courbée sur elle-même. Ce qui frappe dans sa physionomie c'est un strabisme convergent de l'œil droit et une paralysie faciale droite.

L'œil droit est dévié en dedans. Le champ du déplacement du globe oculaire en dehors est limité.

Elle ne peut regarder en bas.

La paupière supérieure qu'elle abaisse à volonté avec l'autre œil, ou seule reste inerte quand elle s'efforce d'abaisser l'œil en bas (dissociation des mouvements d'abaissement du globe et de la paupière).

La pupille droite est en mydriase moyenne, plus dilatée que la droite et elle ne réagit pas à l'accommodation ni à la lumière.

Elle a présenté de la diplopie et le phénomène de fausse projection. Elle voyait double, dit-elle, et elle ne pouvait saisir les objets qu'elle voyait, elle allait toujours les chercher plus à gauche.

La parésie faciale se reconnaît à un léger effacement des sillons et à la difficulté qu'a la malade de siffler et de souffler (ophtalmoplégie externe).

Il était naturel de penser à la paralysie bulbaire (ou nucléaire) du N. facial, du N. M. O. externe, du droit inférieur et des fibres sympathiques de la 3e paire. D'autant plus qu'elle présente de la *polyurie* qui occasionne le gatisme matutinal qui désespère la malade.

L'existence de la paralysie faciale du même côté que l'ophtalmoplégie, exclut l'idée d'hémiplégie externe.

Mais d'un autre côté, l'aphasie constatée antérieurement implique l'existence d'une lésion corticale du côté gauche et peut-être des lésions *corticales multiples* peuvent-elles expliquer ces différentes paralysies.

État mental — Affaiblissement intellectuel et surtout de la mémoire, (localisation dans le temps), la mémoire des noms et celle des faits eux-mêmes est assez bonne.

Douce et très tranquille, elle présenta à plusieurs reprises des fugues ambulatoires.

Elle partait à 3 ou 4 kilomètres, allant droit devant elle, sur une route, dans un bois, etc. Rien n'indiquait la préméditation ou l'idée d'une évasion, car elle se trouvait très bien, nous disait-elle, dans la maison où elle était placée.

En rentrant de ces fugues, elle en donnait néanmoins des explications étranges et variables.

D'autre part,on s'aperçut que les puits exerçaient sur elle une certaine attraction, elle les regardait de loin, et parfois s'en éloignait avec terreur.

Et cependant à plusieurs reprises elle fit un commencement de tentative pour se jeter dans l'un d'eux.

Si on l'interroge sur cette aversion qu'elle a pour le puits et sur ce désir étrange qu'elle a de s'y jeter, elle en trouve aussitôt l'explication : quelqu'un veut qu'elle s'y jette. Tantôt c'est un malade, sa compagne; tantôt sa nourricière, tantôt c'est le médecin même qu'elle accuse. Elle prétend qu'elle l'a entendu dire: «il faut se débarrasser d'elle: jettez-là dans le puits » ; une autre fois, les médecins, eux-mêmes, ont voulu l'y jeter.

Cette malade ne présente pas d'hallucination de l'ouïe, et il est certain que les paroles qu'elle prétend avoir entendues, n'ont jamais été prononcées. Du reste elle varie dans ses explications, n'attribue pas toujours les mêmes paroles aux mêmes individus. Et il nous paraît évident que ce sont des tentatives d'explication d'une obsession.

L'attirance que le puits exerce sur elle est manifeste dant tout ce qu'elle dit : elle connaît tous ceux du quartier, « il y en a un commode, facile, il n'y aurait qu'à lever la jambe et on y serait. »

Un autre, plus près d'elle, est d'abord plus difficile, et en face se trouve un chantier avec des ouvriers et ceux-ci empêcheraient bien qu'elle s'y jette. Du reste son cadavre priverait d'eau tout le quartier, ce qui est une raison pour qu'elle ne le fasse pas. Elle avoue que lorsqu'elle voit un puits, tous les phénomènes de l'obsession se manifestent chez elle : anxiété, sueur, battement de cœur, etc.

Cette obsession est du reste très ancienne; elle se rappelle que dans sa jeunesse, l'eau courante avait pour elle cette attraction, elle évitait de passer le long d'une rivière de peur de s'y jeter.

D'autre part, l'intoxication alcoolique ancienne joue son rôle dans la persistance de cette obsession, et elle rève tous les jours qu'elle tombe dans un puits, qu'on l'attache avec une corde et qu'on la plonge dans l'eau. Peut-être son incontinence d'urine est-elle la cause adjuvante de ce rève.

De même que cette obsession, l'impulsion ambulatoire est d'origine dégénérative. Elle prétendait qu'elle était partie sans savoir pourquoi, d'autres fois pour fuir un danger, pour visiter une église, mais en réalité elle partait pour marcher, aller droit devant elle, puis elle se perdait et alors le regret de l'acte arrivait.

La claustrophobie était peut-être cause de ces fugues. Elle a une sorte d'argraphobie bien spéciale une fois dehors, la roûte droite lui semble se rétrécir et se fermer par suite du rapprochement des deux côtés de la route.

L'épilepsie ne peut pas être mise en cause, elle n'a jamais eu d'attaque ni présenté aucun stigmate de cette névrose. L'incontinence nocturne d'urine est régulière et due à une parésie sphinctérienne.

L'agitation signalée chez cette malade par intervalle sem-

ble une sorte d'agitation anxieuse concomittante des crises angoissantes du syndrome obsessionnel.

Ce syndrome affecte une forme variable tantôt dans l'ordre d'idée du suicide ou plutôt de peur de la mort par suicide qui peut toutefois mener au suicide effectif; la peur d'un mal conduisant ici à sa réalisation par suite de la loi de psychologie mentale qui veut que plus on redoute une chose dont l'esprit est préocupé, plus l'image de ce fait s'imprime dans le cerveau, évoquant des images de mouvement qui peuvent susciter le mouvement lui-même (thanato phobie et suicide).

Nous avons donc affaire ici à une héréditaire à syndrome obsessionnel ancien, chez laquelle il paraît y avoir accentuation et reviviscence de syndrome à la suite de l'affaiblissement plus marqué des centres supérieurs consécutivement à des foyers de ramollissement localisés, à la zone des noyaux du facial et du M O E gauche. *Les douleurs* des membres inférieurs, (rhumatismes ?) cause de l'hospitalisation à Lariboisière, furent-elles des phénomènes parétiques et douloureux prémonitoires d'un ictus ? Doit-on y voir de l'arthritisme, cause également d'arteriosclerose cérébrale, ou des douleurs erratiques liées à un état irritatif des centres nerveux avant la constitution d'un foyer cortical ou bulbaire ?

Toujours est-il que l'alcoolisme suffit à expliquer la cause de la rupture vasculaire sans intervention du rhumatisme. Les foyers constitués semblent actuellement localisés aux centres du facial et des M O E : sont-ce les noyaux corticaux ou bulbaires ?

A défaut de corollaire anatomique aux constatations cliniques précédentes, nous pouvons du moins rapprocher de ce cas, celui d'une malade ayant offert de son vivant la plus grande ressemblance avec la première. Il s'agit d'une démente par sénilité précoce et athérome généralisé.

Elle avait la parole bredouillante et l'émotivité des circonscrits, manifestée par des pleurs ou rires explosifs disproportionnés à leur cause occasionnelle. C'est ce que signale un certificat sous l'étiquette laconique de : sensiblerie.

Dans ce cas, comme dans le précédent, il y eut des ictus successifs sans hémyplégie persistante mais seulement hémiparésie droite.

A l'autopsie nous trouvâmes un foyer cortical gauche oçcupant macroscopiquement la zone postéro-supérieure de l'hémisphère, comprenant presque tout le lobe pariétal, de la scissure de Rolland, en arrière, au niveau externe et postérieur correspondant à la hauteur du fond de la scissure de Sylvius.

A droite, pas de lésion corticale appréciable mais seulement des foyers nécrobiotiques anfracteux parsemant, les noyaux lenticulaires et un peu la tête du noyau coudé.

Pas d'examen histologique.

En résumé, ce seraient donc au point de vue anatomo-pathologique la paralysie pseudo-bulbaire par lésion bilatérale corticale à gauche, et sous-corticale à droite, au niveau du putamen.

Obs. IV. B,.., Marie, Veuve Til..., 54 ans,
Chandesaigne (Cantal).
Veuve. — Catholique.
24 mai 1895 — 15 décembre 1896.

Certificat de transfèrement à Dun ; Berc, Marie-Anne, âgée de 53 ans, née à Chandesaigne, entrée le 4 janvier 1895, est atteinte d'affaiblissement intellectuel avec *sensiblerie* de *l'hémiparèse droite*; s'est toujours montrée inoffensive, s'occupe activement à des travaux de repassage, malgré son infirmité, et peut en conséquence sortir de l'asile.

Signé : Dr Febvre,
Asile de Ville-Evrard, le 23 mai 1895.

Cette malade a succombé à la suite de symptômes d'hémorragie stomacale qui ont fait croire à un néoplasme de la cavité abdominale.

A l'autopsie, pratiquée 28 heures après la mort, on trouve des traces de péritonite chronique.

Tous les organes de la cavité abdominale ont des adhérences plus ou moins prononcées les unes avec les autres.

L'estomac plutôt petit contracte des adhérences avec la rate qui est friable et atrophiée notablement.

Le pancréas est petit, dur, mais ne présente pas de noyaux des carcinome.

La face supéro-antérieure du foie contracte des adhérences avec le diaphragme, surtout au niveau du lobe droit.

La vésicule biliaire très distendue contient quatre calculs biliaires qui, avec une trentaine de grammes de bile très épaisse et noire marc de café, la remplissent jusqu'à l'orifice qu'ils obstruent.

Ces calculs sont hexagonaux un peu pyramidaux, ils sont de grosseur progressivement variée, celui du fond de la vésicule étant gros comme une noix et celui de l'embouchure du canal cystique gros comme une noisette.

L'estomac, qui ne présentait pas de traces d'ulcères ni de néoplasme, contenait deux cent grammes environ d'un liquide teinté par de la cholestérine dont on trouvait des traces sur la muqueuse stomacale.

Poumons. — Traces de pleurite diaphragmatique ancienne à droite.

Cœur. — De volume un peu plus gros que la normale, présente un peu de dégénérescence graisseuse mais rien aux valvuves.

Péricarde normale.

Cerveau. — Se décortique bien et présente un volume normal.

A la coupe de Fleichsig, on rencontre un vaste foyer de ramollissement dans toute la zône occipito-temporale de l'hémisphère gauche, partant de la scissure de Rolando et envahissant le lobe temporal jusqu'au dessous de la scissure de Sylvius.

L'hémisphère droit présente des foyers nécrobiotiques anfractueux sur la tête du noyau caudé et au centre du noyau lenticulaire.

Les artères du cerveau sont athéromateuses et celles des membres recherchés présentent la même lésion jusqu'à la pédieuse.

Quelques notes sur l'assistance des aliénés en Russie et en Allemagne

par M. le D[r] Marie

Chargé avec M. le D[r] Vallon d'une mission médicale en Russie, il y a 18 mois, j'ai cru pouvoir apporter ici un résumé de mes notes personnelles touchant l'organisation générale de l'Assistance des aliénés en Russie ainsi que quelques indications succinctes sur des établissements visités en Allemagne.

En Russie, l'assistance normale des aliénés, ne date réellement que de l'intervention des Zemstvos dans le gouvernement et l'administration locale des provinces de l'empire; c'est seulement depuis 30 ans environ que leur influence a commencé de se faire sentir en ce qui concerne la réorganisation de l'assistance des aliénés.

Les Zemstvos ont basé leur intervention dans les questions d'assistance pour les malades aliénés sur l'unique point d'appui sûr en cette matière, celui de la compétence des médecins seuls.

Se fondant sur les indications scientifiques fournies par es médecins, ils ont entrepris l'amélioration à tous les points de vue des locaux d'asiles, de leur organisation intérieure et partant du traitement des malades.

Alors seulement a pu commencer la phase vraiment médicale de l'assistance aux aliénés russes.

Le public bientôt comprit l'orientation scientifique nouvelle prise par ces services et y envoya plus volontiers ses malades, d'où l'essor des asiles, leur multiplication, leur agrandissement et transformation.

Sous la poussée de l'opinion publique mieux éclairée, les pouvoirs publics s'habituèrent à des sacrifices d'argent plus marqués; c'est ainsi qu'à Twer on a dépensé, comme nous le verrons, non seulement proportionnellement à l'accroissement de la population d'aliénés mais aussi pour compléter l'organisation et réaliser le traitement vraiment médical des malades.

On a, dès 1875, organisé le travail des aliénés et relevé le

niveau du personnel. On a posé la question de l'élimination des chroniques pour assurer l'asile de traitement aux curables, la question étant résolue en partie par la colonisation agricole, à Bourachevo comme à Novogorod qui sont aujourd'hui des types de modèle du genre (Chpacousky. *De l'évacuation des chroniques par l'utilisation agricole.* — Rapport au Zemstvos 1875-1885).

Dès 1871, les Zemstvos de Riazan, Toula et Tauride ont entrepris la reconstruction de leurs bâtiments d'asile sur les dernières données scientifiques.

Toula, en 1872, délégua son médecin aliéniste à Pétersbourg et Moscou et, sur son rapport, reconstruisit son asile nouveau. Le Zemstvo de Tauride fit de même en 1873 avec le Dr Frésé.

Le gouvernement Impérial ne cessa d'ailleurs de stimuler ce mouvement par ses subventions chaque fois que les Conseils des Zemstvos voulurent améliorer leurs asiles ou en créer.

Mais nombre de Zemstvos ont tenu à honneur de fonder des asiles sans le secours de l'État, d'autres n'ont demandé qu'un complément relativement minime. Par exemple pour Twer, la part de l'Etat a été de 80.000 roubles alors que la dépense première était de 200.000 roubles auxquelles il convient d'ajouter des suppléments de 17.000 roubles en 1879, 42.000 en 1881 et 76.000 en 1886, soit 335.000 roubles dont 255.000 à la charge du Zemstro.

De même à Riazan, on a créé une colonie agricole de 300.000 roubles dont 35.000 roubles, soit 15 % seulement à la charge de l'État.

On peut donc dire que l'esprit des conseils éclairés autant que l'action du pouvoir central par suite de la pression de l'opinion publique guidés par les médecins, ont créé une véritable émulation dans le sens de la réforme des asiles Russes.

Ce progrès n'a pas été sans quelques tâtonnements et sans quelques temps d'arrêts dans sa marche ascendante. Cela a tenu surtout à la pénurie des ressources en face de l'accroissement trop rapide du nombre des malades à interner.

C'est ainsi que divers Zemstvos ont dû prendre des mesures pour restreindre les conditions d'admissions à l'asile en vue d'éliminer d'avance les chroniques et incurables non dangereux dont le maintien à l'asile fermée n'était pas indispensable, mais on en est bien vite venu à supprimer ces restrictions et à créer des modes d'assistances spéciaux pour ces catégories de malades. Les colonies agricoles se sont alors multipliées ainsi que les sections de chroniques distinctes d'hôpital d'aiguës, comme à Twer, Riazan, Odessa, Nowogorod, ou côte à côte avec lui, comme à Toula, Tambow, Tauride et Poltawa ; enfin la colonisation familiale a été réclamée dès 1888 et appliquée aussitôt près de Moscou sur une petite échelle (colonne annexe de Troiska près l'asile Alexeriff) B. Bagenoff, puis plus tard en petite Russie, à Ekaterinoslaw (Dr Gowseef) où existent 3 villages d'aliénés comptant plus de 200 placements. Le gouvernement de Tchernigow était sur le point d'adopter semblable mesure lors de notre passage, et Nijni-Novgorod a depuis créé la colonie familiale de Balachna (Drs Kachenko et Zacharoff.

L'affranchissement des serfs des campagnes a produit dans certaines régions un déclassement de toute une nombreuse catégorie de paysans non pourvus de terres ou ayant insuffisamment pour vivre, aussi s'expatrient-il pour des régions même moins fertiles ; un certain nombre de ces paysans pourraient être retenus dans les campagnes du midi de la Russie par la colonisation familiale des aliénés chroniques qui leur permettrait de s'y maintenir en rendant service à la société ; ce serait là de l'assistance à double effet (Dr Rosenhel de Tchernigow).

Le tableau suivant montre la progression du stock des chroniques existants annuellement à la charge de l'asile où ils s'accumulent en diminuant les facilités d'entrées.

ASILES	Nombre d'années	Nombre de malades restants	Accroissement moyen	Pour 100 entrées
Twer...............	6	131	21.8	12.1
Nowgorod..	11	110	10.0	21.0
Saratow............	1 ½	13	8.0	4.7
Tambow.....	6	28	4.7	3.0
Riazan.............	3	60	20.0	14.1
Toula........... ..	21	181	8.0	9.0
Karkow............	11	194	17.0	4.1
Poltawa.....	21	206	9.0	6.4
Cherson.......	3	210	36.7	24.3
Simferopol	11	130	11.8	8.1
Kazan.....	13 ½	191	14	8.2
Moscou.....	15	172	11.5	5.6
Pétersbourg..	14 ½	229	15.8	22.8
TOTAUX....	137 ½	1.755	12.8	8.1

Cela donne une progression moyenne générale de plus de 8 °/₀ des admissions et de plus de 12 °/₀ comme moyenne annuelle d'accroissement du nombre des malades chroniques. (v. p. 22 Archuagelski).

Aussi les établissements correspondants ont-ils dû procéder à des agrandissements qui, en 20 années, ont triplé le nombre des lits à Saratow, l'ont quintuplé à Tambow, Toula Karkow et Poltawa, deux fois quadruplé à Novgorod, Cherson, Tver, et plus que décuplé à Riazan et Simferopol.

Si l'on prend les moyennes de la population des asiles fermés russes par temps d'internement, on voit que:

7, 5 °/₀ des malades sont internés depuis plus de 10 ans;
14, » °/₀ ....de 5 ans 1/2 à 10 ans;
32, 8 °/₀ ....de 1 an 1/2 à 5 1/2;
45, 6 °/₀ ....moins de 1 an 1/2;

A Cherson, près de 10 °/₀ des malades sont internés depuis plus de 10 ans.

Bien entendu nous ne faisons pas entrer en ligne de compte ici les asiles qui ont évité cette cause d'encombrement en éliminant leurs chroniques méthodiquement sur un établissement distinct. Mais cette méthode logique n'a pas été adoptée partout, non parce quelle ne semblait point satisfaire un besoin, mais pour une raison d'ordre administratif qui s'est également posée chez nous lorsque les départements ont voulu établir la distinction en aigus curables et chroniques inoffensifs. Les frais d'assistance pour ces derniers, en effet, suivant certains, devraient relever budgétairement de fonds différents.

En France les aliénés ordinaires indigents sont pour la majeure part au compte départemental (les communes contribuant subsidiairement pour une part variable) et on prétendait imputer les frais d'assistance des chroniques inoffensifs aux communes seules au même titre que pour les vieillards simples. C'était oublier la teneur du paragraphe deux de l'art. 25 de la loi de 1838. En Russie une difficulté analogue s'est posée :

Les Zemstvos livrés à une initiative plus large, selon leurs ressources financières et selon les commodités géographiques, locales, suivant aussi les tendances des médecins qui les ont inspirés, ont adopté des solutions et mesures très diverses ; un très petit nombre ont tout d'abord reculé devant la distinction des aiguës et chroniqués et le dédoublement fatal de leur asile.

En conséquence, ils voulurent restreindre les facilités des placements et laisser les chroniques incurables inoffensifs hors de leur sphère d'assistance spéciale. D'autres les ont admis confondus avec les aiguës et ont eu un asile encombré sans cesse.

Les derniers enfin, qui tendent à être le plus grand nombre, ont basé leurs prévisions sur des données positives fondées elles-mêmes sur la proportion moyenne du nombre des aliénés par rapport à la population normale ; ils ont eu le courage de conformer leurs prévisions à la progression annoncée par les graphiques des statistiques comparées.

Tous ceux-là ont admis la distinction entre aiguës et chroniques et la spécialisation des services de traitement et services d'évacuation.

Les résultats ainsi obtenus sont finalement les plus encourageants, puisqu'ils permettent la double économie résultant de la curabilité plus grande d'une part et de l'utilisation agricole dans les colonies de chroniques, rurales ou familiales.

Aussi voit-on à Moscou à côté des cliniques psychiatriques et des hôpitaux pour malades mentaux, l'asile rural de Pokrowsk avec ses exploitations agricoles, la colonie familiale de Séménowskoë, annexée à l'hôpital Alexieff.

A Odessa, l'asile de traitement possède un chronics-block annexé. La colonie agricole de Twer, à Bourachen, est bien connue.

Les quartiers de chroniques de Pletny, à Kasua, et de Promny, à Poltawa, montrent la dualité des moyens d'assistance, selon que les malades sont chroniques ou aigus.

A Ekaterinoslaw, l'asile central possède une colonie familiale type, annexée dans les 3 villages de Wrasnopol, Kamentra et Lotsmanckaïa, où sont placés 300 malades ; une colonie agricole, en pavillons disséminés, existe aussi à Odinkowka.

A Nijni-Novgorod s'ouvre enfin la colonie familiale de Balachua (Dr Zacharoff) à la suite des rapports et visites de notre confrère le Dr Kachenko, à Dun.

Frais de l'installation.— De l'examen des prix de construction et installation officiels, on peut établir comme suit le prix moyen de revient des lits d'asiles pour quelques établissements se rapprochant des types de l'asile français le plus répandu :

Pour Kazan ...	2.500 roubles par lit		Moyenne 1.757 roubles
Tver	1.083	—	
Tambow.	2.270	—	
Riazaw...	1.577	—	
Poltawa..	1.350	—	

Soit en moyenne un peu moins de 2.000 roubles par lit, pour les asiles de Province ; pour les cliniques impériales des capitales, la somme des sacrifices volontaires faits par dons privés, pour les installer d'une façon hors ligne, dépasse, dans des proportions colossales, ce qui peut être administrativement prévu dans la généralité des cas.

Kazan...	500.000	roubles	d'installation	(200 lits)
Tirer....	335.000	—	—	(200 lits)
Riazan ..	300.000	—	—	
Tambow.	227.000	—	—	(100 lits)
Poltawa..	270.000	—	—	(200 lits)

De l'examen d'un certain nombre d'asiles russes comme ceux que nous avons pu étudier, il est facile de déduire les principes généraux qui ont dominé l'esprit des conseils des Zemstvos.

Les salles des rez-de-chaussée sont, comme chez nous, réservées autant que possible aux agités, les tranquilles étant placés à l'étage sus-jacent de préférence (exemple Twer, Toula, Kazan, Poltawa.

Dans l'un et l'autre cas, on s'attache à ce que les malades jouissent de salles de jour différentes des dortoirs. C'est le plus souvent un large corridor formant salle plus vaste à sa partie centrale, et situé symétriquement aux salles de nuit (exemple Twer).

Quand les malades ont un local de jour à un étage différent, c'est toujours au rez-de-chaussée qu'est la salle de réunion, et les dortoirs au-dessus (exemple Tambow).

L'avantage, au point de vue de l'hygiène, consiste à pouvoir aérer alternativement les locaux occupés tour à tour par les malades, ce qui est important avec les climats d'hiver en Russie, où les locaux d'habitation sont très fortement chauffés et très hermétiquement clos l'hiver.

C'est aussi pour cette raison que, surtout dans le Nord, l'asile aggloméré avec galeries fermées de communication a pu prévaloir plus longtemps contre le système plus nouveau des pavillons disséminés.

D'une façon générale, on voit que partout en Russie l'on s'attache à atténuer autant qu'il est possible le poids de l'internement, en écartant tout ce qui pourrait rappeler aux malades qu'ils se trouvent dans un hôpital.

A Pruskow, à Nijni-Novogorod, aux asiles de Moscou, d'Ekaternioslaw, etc., pas de sauts-de-loup, pas de hauts murs, mais la vue plongeant sur les vallées, celle du Volga, à Nijni-Novgorod, du Dniepper, à Ekaterinoslaw, par-dessus des palissades le plus souvent à claire-voie pour les tranquilles, comme à Tworek par exemple.

Une autre particularité que nous avons rencontrée constamment, au cours de notre voyage qui coïncidait avec un été caniculaire, c'est l'emploi de baraquements et de tentes dans les parcs, même pour les alités et malpropres, qui profitent ainsi du plein air, en allégeant d'autant l'encombrement des bâtisses. A Pétersbourg, l'asile Goloubeff se transporte entièrement l'été à la campagne.

A Nijni-Novogorod, nous avons vu même fonctionner des piscines et douches supplémentaires installées dans les jardins, pour les malades de ces baraquements qui sont très sommaires et ne durent que l'espace d'un été.

Les malpropres, l'hiver, sont placés dans des rez-de-chaussée à parquet bitumé ou à parquet couvert d'enduits spéciaux imperméables, dont il est fait, en Russie, grand usage, non seulement pour les revêtements intérieurs des locaux, mais aussi pour enduits extérieurs résistant parfaitement, paraît-il, aux écarts cependant considérables de la température extérieure.

Car il est bon de rappeler ici que les matériaux de construction sant assez différents de ceux utilisés chez nous, le bois et la brique avec revêtements de plâtre peints sont de règle, et la pierre de taille l'exception, ceci est à considérer par rapport aux prix d'édification.

La sciure de bois comprimée est aussi assez employée pour parquets et même pour certains meubles, comme table de cuisine ou de réfectoire. Cette substance offre l'avantage de ne

point s'altérer par l'humidité, donne la résistance de la pierre avec, en plus, une certaine élasticité, enfin, elle est difficilement combustible, ce qui est important dans un pays où le bois et les enduits peints jouent un si grand rôle dans les constructions et où le chauffage tient une si grande place dans la vie, les deux tiers de l'année.

Les murs sont peints à l'huile généralement, rarement tapissés; les menuiseries massives ne sont pas épargnées, grâce au prix minime du bois.

Les fenêtres des étages sont souvent à châssis losangiques de fer pour dissimuler aux malades l'existence des grilles; de doubles fenêtres mobiles s'appliquent l'hiver ou existent à demeure, les fenêtres extérieures étant alors à glissières et se relevant l'été entièrement ou en partie selon les sections. Dans celles des agités, les impostes à doubles fenêtres alternent au lieu de correspondre. Aux agités, les réseaux de fer tendent à être remplacés par les vitres épaisses pour les fenêtres simples.

Les chambres d'isolement de 4 à 5 lits sont assez usitées, mais les cellules encore nombreuses, boisées ou non, tendent à être délaissées pour l'application du betbehuadlung, dont l'emploi, malgré le très grand nombre d'infirmiers en surplus qu'il exige, semble en voie de prévaloir dans l'esprit de la majorité des aliénistes russes.

Quoiqu'il en soit, les chambres d'isolement encore actuellement en usage sont, dans quelques établissements, trop petites et mal disposées (Karkow, Cherson), mais dans les établissements plus récents, elles ont 7 à 8 sajenes cubes.

Des inconvénients résultent pour le système des cellules en Russie des conditions particulières du chauffage. En effet, le chauffage au bois par le système de poëles dans l'épaisseur des murs présente le danger de détérioration possible de la cloison de chauffe, à moins d'un revêtement qui diminue d'autant la puissance de chauffage.

Les buches de bois à portée des malades dans les couloirs ont aussi été, paraît-il, causes de quelques accidents. Aussi,

dans les nouveaux asiles, les calorifères en sous-sol et les thermo-syphon sont employés de préférence dans les sections d'agités où la gaieté de la flamme visible ne peut être profitable aux malades.

La résonnance des murs quand ils contiennent des poëles système hollandais, avec les communications de cellules à cellules par les baies d'éclairage commun, sont particulièrement critiqués par le Dr Archanzelski dans son rapport général sur les asiles russes.

Les chambres d'isolement sont généralement boisées (Kasan, Toula, Poltawa, Twer) et possèdent de petits jardinets correspondants.

Des jardins communs plus grands existent aussi pour les autres malades, distincts seulement par sexe de malades, encore y a-t-il des asiles où il n'existe qu'un jardin général commun pour les tranquilles des 2 sexes, comme en Ecosse, où on le sait, le mélange des sexes est appliqué aussi par les réunions de distraction, les offices et les repas.

Il est juste d'ajouter, qu'en Russie comme en Ecosse, lorsque les malades jouissent d'un jardin commun, un personnel spécial remplace la muraille que l'on élève ailleurs.

Il en est de même pour quelques asiles russes dont les murs de clôture sont à claire-voie, même au voisinage des villes (Poltawa) et, où pour empêcher le public de stationner au voisinage, on est obligé de placer un gardien en permanence à l'extérieur.

Dans certains asiles allemands, le behuadlung est appliqué à tous les malades que le délire ou l'affaiblissement des forces physiques ou mentales empêchent de se livrer à une occupation. L'établissement ne comprend plus, dès lors, que deux grandes catégories de pensionnaires : les alités, couchés dans des salles semblables à celles d'un hôpital, et les travailleurs, disséminés dans les ateliers, les champs, les jardins, la buanderie, en un mot, dans les divers services de l'établissement. Dans ces conditions, celui-ci prend un aspect tout différent de nos asiles, devient un hôpital et une colonie sans

murs, sans saut-de-loup, sans quartiers cellulaires, en un mot, un véritable asile aux portes ouvertes, hospitalisant l'aliéné considéré de plus en plus comme un malade ordinaire. — (Dr Sérieux).

Pour le professeur Korsakoff, le maintien au lit de tous les aliénés entrant en observation, est la garantie première d'un examen somatique complet ; l'influence de limitation dans un quartier spécial et une habitude contrastant avec les écarts inhérents à la phase initiale de la folie avant tout traitement, impriment aux fonctions organiques et psychiques une orientation nouvelle favorable au calme et au recueillement indispensables pour que le malade se resaisisse mentalement et se trouve à l'abri des complications viscérales fréquentes, en conséquence des perturbations vaso-motrices nerveuses constantes.

Grande est l'influence de l'incitation et l'action suggestive provoquée par la vue d'un dortoir à lumière tamisée où tout le monde est couché, et où glissent de gardiens nombreux, mais s'attachant à faire le moins de bruit possible, en chaussons et parlant à voix basse entre eux et aux malades.

La dépense due au plus grand nombre d'infirmiers semble compensée par les économies d'aménagements spéciaux, la moindre durée de l'agitation maladive, les dégâts moindres causés par les malades...

Depuis fort longtemps, le repos du lit est préconisé comme moyen de traitement dans la mélancolie. Il a été appliqué particulièrement par Guislain à l'asile de Gand (1862) et Weir Mittchel à l'hôpital des maladies nerveuses de Philadelphie (1875). Ce dernier, dans son ouvrage sur l'hystérie et la neurasthénie, developpe longuement sa méthode : le repos au lit doit être absolu et continué dans la majeure partie du traitement : on y ajoute l'emploi du massage de l'électricité et une diète spéciale.

D'autres auteurs ont aussi vanté ses excellents effets dans la mélancolie (Ludwig Meyer, Griesinger, Koppe, Belle et Lemoine, etc.); mais ce n'est que depuis que l'alitement est

devenu pour un grand nombre d'aliénistes allemands, russes, suisses, hollandais, (Fœtz, Kiesser, Krœpelin, Timofeieff, Geuseieff, Korsakoff, etc., etc.). La base du traitement, non seulement de la mélancolie, mais de toutes les formes aiguës de la folie, des maniaques les plus agités aussi bien que des mélancoliques avec stupeur.

La première indication dans le traitement de la folie est d'améliorer physiquement et psychiquement les conditions de la vie cérébrale, et d'écarter soigneusement toutes les influences étiologiques défectueuses, qu'elles viennent du dehors ou de l'organisme même du malade. Or, quel moyen réalise mieux que le séjour au lit, ces indications primordiales? (Drs Magnan (1) et Sérieux.)

De même que pour le costume on s'efforce de donner aux malades les mêmes satisfactions quà l'état libre, en évitant l'uni-

(1) Le séjour au lit, dit M. Magnan, permet la réparation des pertes subies par l'organisme, dans les états d'excitation sous l'influence de l'extraordinaire dépense motrice et dans les états mélancoliques sous l'influence de l'anxiété, de l'insomnie, des refus de la nourriture. La nutrition générale se relève ainsi, et, comme elle est primordialement compromise dans la mélancolie vraie, on voit tout de suite les résultats heureux qui ne tardent pas à se dégager.

Les fonctions cardio-musculaires se regularisent, le cerveau mieux irrigué, grâce à la position horizontale, devient plus capable de réactions normales, la circulation entravée devient plus active, et la peau, cette membrane nerveuse d'enveloppe, réagit avec vitalité. Enfin sous la double influence du relèvement nutritif et du bon fonctionnement circulatoire, les pertes de chaleur se réduisent et la température se régularise.

Les malades les plus agités se familiarisent rapidement avec le lit, effet normal de la mise en scène, de l'ordre général de la salle, qui s'ajoute à l'effet physique du repos au lit.

Donc la pratique de l'alitement modère, d'une part, les manifestations furieuses et calmes d'autre part, la douleur morale. De plus, il écarte certaines complications, le gâtisme ne tarde pas à s'amender, parfois à disparaître chaque fois qu'il dépend de l'intensité du délire, pour peu que les gardiens soient attentifs; les hallucinations, qui se produisent facilement sous l'influence de l'épuisement cérébral, sont moins fréquentes; l'insomnie est moins tenace.

L'alitement présente cependant quelques écueils. Il provoque parfois la constipation, et, presque toujours, si on le prolonge trop longtemps, un certain degré d'anémie, dû, sans doute, malgré les précautions que l'on prend, au défaut d'oxygénation (aération des salles). Aussi, convient-il, quand le traitement se prolonge, de faire lever les malades dans la journée et de les faire promener au grand air pendant quelques heures. Quant à la constipation, il est facile d'y obvier par les moyens appropriés. (Rapport du Dr Brousse au C. G. 1897.)

forme qui lui fait perdre son individualité, de même dans l'ameublement et l'aménagement intérieur on s'attache en Russie de plus en plus à enlever à l'asile son cachet de prison et d'hôpital banal.

On cherche à donner quelque élégance et quelque diversité au mobilier, comme dans un intérieur privé ; on tapisse plus coquettement la section des tranquilles, comme à Cherson, Novgorod, Preobragenski et Pétersbourg (*A. III*) A Poltawa, il y a même des meubles très élégants, des tapis et des nappes aux tables.

Même dans des chambres d'isolement pour malades plus aigus, il y a des meubles, mais ils sont fixés au plancher comme à Pétersbourg, Toula, Poltawa.

Les lits sont le plus souvent en métal ou métal et bois, assez étroits et bas, et durs comparativement aux literies à sommier, mais il faut remarquer que dans les maisons privées les lits sont ainsi et qu'il n'y a pas là une infériorité de l'asile par rapport à la vie ordinaire russe. Les violents et les malpropres ont des lits spéciaux, dont les matelas généralement en crins ou fibres végétales sont alors percés au centre pour l'écoulement des liquides dans un vase mobile placé en dessous; l'enveloppe du matelas dans ce cas est tantôt en forte toile peinte à l'huile et imperméable (Novgorod), tantôt en cuir mince (Poltawa, Kasan, Saratow).

Bains. — Les services de bains sont assez bien organisés dans la plupart des asiles ; celui qui était le plus défectueux parmi ceux que nous avons visités, à l'hôpital Bomfratry de Varsovie, est en voie de transformation.

D'une façon générale on s'est attaché à ce que des salles de bain existassent dans chaque section au même titre que les lavabos et water-closet; cela afin que les malades soient baignés sans qu'on soit obligé de leur faire traverser les sections voisines ; il y a à cela en Russie une raison de plus que chez nous, dans la rudesse des hivers, qui causerait des indispositions aux malades s'ils étaient obligés de quitter les sections chauffées pour des bains centraux plus ou moins éloignés.

L'hydrothérapie par douches froides n'est employée que sous forme de bains d'aspersion aux malades tranquilles; la piscine est peu usitée, on préfère l'enveloppement et la lotion froide pour les malades en traitement. D'une façon générale, les robinetteries sont à clef, obligeant le malade à recourir au baigneur pour changer la température de l'eau. Les hydromélangeurs, dits suédois, sont employés dans quelques asiles; nous n'avons pas vu de bains à carcans on couvercles même en toile; les bains très prolongés sont d'ailleurs rarement usités ; on supplée au maintien mécanique des agités à baigner par le personnel en nombre suffisant.

Le sol des bains comme des lavabos et water-closet est en général en asphalte (Twer). Les baignoires sont souvent à demi-enclavées dans le sol, et sont, soit en cuivre à revêtement de bois, soit en grès ou fonte émaillée.

Eaux. — Tant pour les bains que pour les services de de buanderie et divers, les asiles Russes consomment une quantité d'eau considérable, été comme hiver, malgré les difficultés des canalisations facilement désorganisées par les fortes gelées continues.

C'est ainsi qu'à Twer, pour un service de 300 malades on dépense quotidiennement plus de 2.000 [1] seaux d'eau sans compter le service de la ferme.

Aux jours de bains et de buanderie cette consommation atteint 5.000 seaux.

A Nowgorod, pour un service de 160 malades on compte 1.200 seaux par jour, le triple les jours de bains.

A Tambow, par section de 100 malades on prévoit 40 bains quotidiens.

A Kazan, 50 bains et 4.000 seaux d'eau par 200 malades et par jour.

A Pétersbourg (Alex. III) 15.000 seaux par 240 malades et par jour.

1) Le seau vetro est de 12 litres

A Toula, Karkow, Poltawa, les chiffres sont moindres, mais reconnus insuffisants.

Si l'on évalue approximativement le seau à 10 litres, nous trouvons une moyenne d'eau par tête de malade de 250 litres environ par jour, non comptée l'eau des bains et services généraux de buanderie, ferme, etc.

En raison de la combustibilité des matériaux, d'éclairage fréquent au pétrole et de la multiplicité des foyers de chauffage, le service des incendies est particulièrement prévu dans les asiles russes, sous forme de réservoirs, de bouches d'incendie et d'armoires spéciales aux différents étages des sections contenant les agrès et tuyaux nécessaires. Ces armoires sont toujours hors de portée des malades, à une certaine hauteur, mais accessibles par échelettes (Twer, Bourachew).

Chauffage.— Les systèmes de chauffage diffèrent d'un établissement à l'autre: Quelques-uns ont leur chauffage à eau chaude type termo-syphon, d'autres à la vapeur; dans l'un et l'autre cas on réalise une économie de main-d'œuvre en échange d'une première mise plus coûteuse pour l'installation des canalisations et du foyer central commun de chauffe. Mais en raison de l'importance capitale du chauffage dans les climats septentrionaux et de la possibilité d'une avarie suspendant le service des machines pour les systèmes perfectionnés à vapeur ou eau chaude, on s'attache généralement à un système mixte combinant le chauffage général précité avec les calorifères ordinaires à air chaud disposés dans chaque service; d'autres fois les sections outre les tubes de chauffage à eau ou vapeur sont pourvus de poêles hollandais généralement ménagés dans l'épaisseur des murs ou en encoignure.

Cependant ces poêles étant généralement chauffés au bois et alimentés par un foyer accessible de l'intérieur de la section, il en résulte que les bûches peuvent être à la disposition des malades qui s'en pourraient faire des armes dangereuses.

D'autre part, les poêles à cloison de briques minces sont démolissables par les violents, à moins qu'on n'en double le

revêtement de bois ou de fer, ce qui enlève du calorique ou donne une résonnance nuisible à la tranquillité des sections. Là où les poêles ou calorifères n'existent pas concurremment avec le chauffage à eau ou vapeur, l'aération est assurée par des prises d'air aux bouches d'aspiration à soupape automatique.

Une précaution presque constante employée lorsqu'il y a des calorifères à air chaud, est le mélange à cet air d'une certaine quantité de vapeur d'eau à l'aide de moyens variés afin d'obvier aux inconvénients multiples de la dessication de l'atmosphère intérieure, inconvénients d'autant plus marqués en Russie que les hivers longs et rigoureux confinent à l'intérieur durant de long mois et exposent à des complications pulmonaires fréquentes qu'un air surchauffé et trop sec favorise.

C'est ainsi que:

A Nowgorod le chauffage est assuré à l'aide de foyers amassés en sous-sol, formant calorifère à air avec distribution par conduits de brique. Cet air chaud, au moment de se distribuer, passe sur des réservoirs d'eau de 2 pieds de long sur 1 de large afin de s'imprégner d'humidité (Archangelski).

A Toula, le calorifère à air chaud est muni d'un réservoir à chauffoir central où l'eau s'évapore et sature l'air chauffé à distribuer.

Eclairage. — L'éclairage assez fréquemment employé dans la Russie Méridionale est le pétrole, en raison de son bon marché dans le pays d'origine. Cependant l'éclairage électrique tend à se substituer au précédent dans les établissements récents comme Riazan.

Quelques asiles encore situés dans les villes et annexés à l'hôpital général ont avec lui l'éclairage au gaz, mais c'est la généralisation de l'éclairage électrique à laquelle on tend.

Dans les asiles visités où s'emploie encore le pétrole et où l'usage en remonte déjà à de longues années, il n'y a pas d'ailleurs d'inconvénients et d'accidents signalés par suite de

son usage, malgré les malades et la grande combustibilité des édifices. Ceci est à remarquer, alors que chez nous le pétrole est constamment tenu à l'index par nos administrations.

L'éclairage des chambres d'isolement dans quelques asiles est fait à l'aide d'une lampe mitoyenne, ce qui a l'inconvénient de transmettre les bruits d'une pièce à l'autre et d'indisposer plusieurs malades pour un seul bruyant. (ex. Poltawa).

Water-Closet. — Presque partout les water-closet sont à chasse-d'eau, mais intermittente ou automatique.

Tantôt le déclanchement de la chasse est commandé par la porte des cabinets ou par le siège même et le poids du malade (Twer, Novgorod. Poltawa).

A Karkow et Saratow, un gardien, à l'aide d'une clef, fait fonctionner périodiquement la chasse ; à Pétersbourg, c'est à l'aide d'une pédale, mais là encore la méthode la plus simple et la plus intelligente est, au lieu du système mécanique, sujet à dérangement, de charger un gardien spécial du nettoyage et de la surveillance des cabinets dont il conserve la clef sur lui. (Archangelski). Le tout à l'égout existe fréquemment surtout dans les asiles urbains (Nijni, Nowgorod, Ekatérinosslaw par exemple), d'autres fois, il existe un système d'égouts pour l'asile même avec canalisation en bois; souvent pour éviter les gelées dans les asiles ruraux, naturellement, on emploie volontiers les dépotoirs, où les matières solides déposées sont utilisées aux cultures et les liquides écoulés dans des puits perdus ou épandus.

Vêture. — En Russie comme chez nous, les asiles, primitivement quartiers d'hospices spécialisés, étaient des services sacrifiés, où s'usaient les fournitures hors de service et les vêtures réformées dans les autres sections.

Aujourd'hui on a mis ordre à de tels errements et on a en outre cherché, conformément à un principe général emprunté à l'Ecosse où les médecins Russes se sont beaucoup inspirés, à enlever à l'asile le plus possible de ses caractères de maison de détention. Aussi s'attache-t-on pour le costume, à éviter l'uniforme et à user de costumes ordinaires. A Kasan,

à Saratow, on consulte le goût des malades pour leur vêture, les médecins russes affirment que grâce à cette méthode bien simple on arrive à ce que les malades déchirent, détruisent beaucoup moins leurs effets, habits et linge, auxquels ils tiennent et s'intéressent mieux.

Nous n'avons pu recueillir de chiffres budgétaires relatifs au coût total des installations mobilières intérieures et aux achats de matériel garnissant les établissements créés ; à Tambow, pour 100 lits, l'installation mobilière aurait été, il y a 10 ans, d'environ 12.000 roubles, soit 120 roubles par malade.

Nous avons pu recueillir en ce qui concerne l'habillement quelques chiffres indiquant les mises premières et l'entretien annuel pour l'asile de Nowgorod :

1re mise pour linge, habits, chaussure et literie : 50 roubles par malade ;

Entretien annuel : 18 roubles.

Les établissements ont le double, le triple et jusqu'au quadruple (Saratow) de rechanges de linge en réserve.

Avec 3 rechanges seulement, on considère comme difficile d'assurer la propreté.

L'hiver, les malades portent des paletots de drap ouaté, des pelisses courtes et des bottes de feutre recouvert de cuir, ou de snow-boots.

Le linge est en général changé chaque semaine, ou selon le besoin pour malades spéciaux.

Les malades qui déchirent sont laissés nus dans les cellules chauffées ou revêtus de maillots d'épaisse toile retenant les mains au coté ou bout à bout. L'abandon de la camisole proprement dite pour le maillot est déjà signalé dans les rapports d'Archangelski, datant de 12 et 15 ans.

Le costume d'hiver est très différent, selon que les malades sortent ou ne sortent pas des sections. Les travailleurs au dehors doivent être munis d'effets spéciaux piqués et ouatés souvent, de bonnets fourrés, de chaussures à neige spéciales des mitaines, de peau, etc., selon le travail et le séjour plus ou moins prolongé au froid. Les malades restant à l'intérieur

ont peu besoin de ces précautions en raison de la température très élevée qui est constamment maintenue dans les sections. On comprend qu'il n'y ait alors qu'une pelisse pour plusieurs malades pour le cas ou pour une raison ou l'autre ils aient besoin de sortir un instant au dehors.

Le costume d'été est en revanche assez léger, une longue blouse de toile et les pieds nus souvent; les gardiens et gardiennes d'ailleurs sont souvent eux-mêmes sans chaussures l'été à l'asile comme dans la population ordinaire du dehors.

Cependant les malades ont généralement aux pieds des chausses de toile cousue en forme de sac, sorte de chaussettes russes à la dimension du pied et montant comme un bas court.

Nourriture. — La nourriture des malades varie selon les établissements mais surtout selon la région.

On peut dire, d'une façon générale, qu'elle est presque partout suffisante comme quantité mais pas toujours comme variété, surtout l'hiver où les légumes secs et conservés sont fatalement réduits à un petit nombre.

Les chiffres suivants donneront idée de ce que coûte la pension alimentaire d'un malade par jour, et par an, par rapport au budget général.

Prix de revient moyen de la pension alimentaire d'un malade dans les établissements de Zemstvos :

Par jour.................. 19 kopeck 8
Par an.................... 252 roubles 81 k.

Prix moyen pour les établissements autres:

Par jour.................. 26 kopeck 4
Par an.................... 310 roubles 50

Les ustensiles de table des malades indigents sont semblables à ceux en usage dans le peuple et l'armée.

Ce sont souvent dans les asiles de province des vaisseaux en bois, peints en rouge et or et d'arabesques noires, pour couvert une cuillère en bois assortie au plat, une tasse en terre ou faïence pour la boisson. Ce couvert revient en tout à 2 roubles par malade avec le récipient à thé ou kwan.

La boisson varie selon la saison: chaude l'hiver (thé) et pétillante et fraîche l'été (kwass). Le thé cependant se donne en toute saison et abondamment, puisqu'on en fait, en outre des repas, généralement 3 distributions par jour. Les travailleurs en ont même pour ainsi dire à discrétion au Samowar.

Aux parloirs sont annexées des chambres à thé ou malades et parents reçoivent leurs tasses, gratuitement pour les uns et les autres.

Le kvass au pain est la boisson normale en mangeant, cela tient à peu près le milieu entre la bière et la piquette de vin. Le kwass rose est une piquette framboisée mousseuse et fort agréable qni ne se consomme que dans le nord par les pensionnaires.

Pour les régimes, il est établi des tableaux de menus d'après lesquels le médecin se guide pour combiner les plats prescrits, de façon à ne pas augmenter la dépense alimentaire par prescription supplémentaire ou non emploi d'un trop grand nombre de mets préparés et disponibles.

Les employés reçoivent la même nourriture que les malades ce qui fait qu'ils sont intéressés à sa bonne préparation.

Détails des Portions et Régimes

Déjeuner	*Dîner*	*Thé*	*Souper*		
1/2 livre pain bis avec thé ou kacha ou gruau d'avoine	1/2 livre pain bis noir (blanc aux infirmeries). 1° Soupe grasse (pot au feu au chou — borch au salé et pommes de terre). *En carême*: Soupe aux poissons, éperlans, morue 2° Kacha au blé ou sarrazin ou millet et vinaigrette Aux infirmeries viande rôtie de bœuf ou de veau.	1 pot avec sucre et pain bis.	1/2 livre pain noir (bis aux infirmeries), même plat chaud qu'au dîner. Ex. Kacha et vinaigrette (rôti aux infirmeries). On désigne ici sous le nom de vinaigrette, une salade de pommes de terre et de harengs ou de betteraves.	Supplément de pain aux travailleurs : 1/4 de livre par tête en moyenne	Mets de remplacement : œufs et lait (40 décilitres)

TABLEAU II

Nos	Liste des produits qui entrent dans les portions des aliénés de la Colonie au village Bourachevo	Nos		Nos		Nos	
1	**Pain noir.** 1re portion. ¼ fount pour hommes. 1 » pour femmes. 2me portion. ¼ fount pour homme.		2 jolot de sel, poivre, feuilles de lauri. r.	11	**Viande rôtie** ¼ fount de viande avec des os.		2 jolot farine 2me qualité. 2 » de sel. poivre, feuilles de laurier.
2	**Pain bis.** ½ fount, 1re et 3me portion. 1 » 3me et 4me portion.	7	**Soupe aux betteraves.** ¾ fount de viande ou de viande de porc avec les os. 48 jolot de betteraves. 6 » de chou ou choucroûte. 2 jolot de farine 2me qualité, vinaigre.	12	**Côtelettes de bœuf.** ¼ fount de viande avec des os. 12 jolot de pain blanc. 3 » beurre russe. 2 » de sel. 1/20 œufs	16	**Soupe aux pommes de terre avec des éperlans.** 12 jolot d'éperlans ou de glanis. 48 jolot de pommes de terre. 2 » de farine 2me qualité. sel, poivre, feuilles de laurier.
3	**Pain blanc.** ½ fount, 2me portion. 1 » 3me et 4me portion.	8	**Soupe aux pommes de terre.** ¾ fount de viande avec des os. 43 jolot de pommes de terre 2 » de sel. 1 » oignon.	13	**Veau rôti.** ¼ fount de veau avec des os. 2 jolot de beurre russe. 6 » de sel.	17	**Gruau de blé noir.** 32 jolot grains de blé noir 4 » d'huile de chènevis 2 » de sel.
4	**Thé.** ½ jolot de thé. 2 » de sucre.	9	**Gruau en blé noir.** 32 jolot de gruau de blé noir. 3 » beurre russe. 2 » de sel	14	**Lait.** ½ stoff de lait.	18	**Vinaigrette.** ⅓ d'hareng. 48 jolot de pommes de terre. 48 » de betteraves. 6 » d'huile de chènevis.
5	**Gruau en avoine.** 12 jolot gruau d'avoine. 3 » de sel	10	**Gruau de millet.** 32 jolot graines de millet. 3 » beurre russe. 2 » de sel.		MENU DE CARÊME	19	**Gruau de millet.** 32 jolot de grains de millet. 4 » d'huile de chènevis. 2 » de sel.
6	**Soupe aux choux.** ¾ de viande ou viande salée avec des os. 48 jolot de chou ou de choucroûte. 2 jolot de farine de 2me qual.			15	**Soupe aux choux.** 12 jolot d'éperlans. 48 » de chou.		

Stoff : 1 litre 5 — Fount : 1 livre — Jolot : 4 grammes 25.

Les distractions aux malades sont généralement prévues.

Ce sont d'abord des jeux divers, cartes, dames, etc., puis des réunions dansantes pour les femmes, des chants, de la musique (orgues), des lanternes magiques l'hiver ; l'été, des promenades au dehors sous la conduite et la surveillance d'aides-médecins.

Le dimanche, le service du culte quelquefois hors l'asile, dans des églises parfois éloignées, d'une verste 1/2, comme à Twer.

Voici en général la journée d'un malade :

Lever de 5 à 6 heures, distribution de thé, 1 pot par malade avec 1/2 livre de pain blanc. Sortie au jardin ou au travail ou séjour dans les salles de réunion fermées ;

A midi, déjeuner ;

A 6 heures, dîner.

Entre temps, quelques malades s'occupent à aider à mettre le couvert ou desservir.

Les hommes ont parfois défense de fumer (comme à Saratow), il est vrai que dans cet asile cette défense est compensée par des auditions d'orgue mécanique, don précieux reçu par l'établissement.

La proportion des malades plus ou moins occupés comme travailleurs ou auxiliaires est en moyenne d'environ 25 à 30 pour cent dans les asiles fermés.

Dans les ateliers où des maître-ouvriers organisent le travail, ils sont eux-mêmes soumis à la direction expresse d'un surveillant spécial des travaux (souvent un aide-médecin) qui renseigne le médecin et veille aux recommandations diverses (Saratow).

L'argent gagné au pécule, par les malades, ne leur est généralement payé qu'en nature sur leur demande ratifiée par le médecin, sinon il constitue un dépôt qui s'accumule (pécule de sortie ou d'amortissement).

Cependant dans quelques asiles aucun pécule ne serait attribué, en règles générales, aux malades travailleurs (ex. Kasan).

Dans d'autres, en revanche, le pécule est de 2 à 3 roubles par mois, et même pour certains travaux difficiles (chaussures, par exemple), on paye aux pièces (Ex. Saratow).

Travail.— Tandis qu'en Europe Occidentale, l'idée de la colonisation agricole pour aliénés chroniques est depuis longtemps admise, jusqu'en 1875 en Russie l'application du travail agricole était toute occasionnelle. Le zemstwo de Nowgorod en a pris l'initiative, et les zemstwos de Twer et de Riazan ont suivi son exemple en créant des colonies agricoles. Ce dernier moyen est surtout commode pour les établissements de zemstwos, dont la population est composée principalement de paysans pour qui les travaux agricoles sont familiers.

Une fois que la société a compris son devoir envers les malades psychiques, devoir qui n'est pas rempli d'une manière satisfaisante, quand la Société se borne à organiser l'assistance, mais qui exige l'organisation du traitement médical et régulier d'un côté, et de l'autre, rendre les malades incurables en partie utiles pour leur semblable, une fois, dis-je, ce devoir compris, tous les établissements tâchent d'appliquer le travail d'une manière intense comme excellent remède médical, et comme moyen d'utiliser les forces des malades incurables. Pour les malades qui ne sont pas capables d'un travail physique, on organise partout des distractions, et on leur donne la possibilité de s'occuper du travail intellectuel. On installe des ateliers, bibliothèques, etc. Les domestiques et les surveillants bénissent le jour où cette méthode de traitement a été introduite. On ne possède pas encore des chiffres pcur indiquer le progrès produit par l'application du travail, néanmoins, on peut assurer d'une manière absolue que cette réforme est très utile et opportune, pourvu que les travaux soient bien organisés (Archangelski).

Quoique l'introduction du travail dans les établissements, pour les malades psychiques, ne date pas de bien longtemps, néanmoins on y trouve des malades s'occupant à différents métiers d'une manière régulière (cordonniers, ébénistes, etc.). Le nombre de malades qui travaillent est assez considérable: à

l'établissement de Twer il y en a 130 sur un total de 312 malades, ce qui donne 42 %; à celui de Nowgorod les malades ont fourni environ 43 % du nombre total des jours de travail; à Saratow, il y a 23 % de travailleurs; à Kherson, 30 % (hommes) et 45 % (femmes). Dans tous les autres établissements on trouve également un nombre considérable de malades qui travaillent. Même à la maison d'assistance des malades psychiques de Pétersbourg où la majorité de la population n'est pas habituée au travail physique ou manuel, on trouve 10 % qui s'occupent de travaux dans les serres, les potagers et les jardins : Les avantages économiques donnés par l'établissement des fermes et des ateliers sont exprimés par les chiffres suivants. Une période quinquennale a donné à la ferme de Twer, 3205 roub. 60 kop. de plus-value; les travaux des malades ont été évalués une année à 1406 roub. moins l'entretien de 3 contremaîtres (932 roub. 30 kop.). A l'établissement de Nowgorod, les travaux des malades ont été, une année, évalués à 2720 roub. 75 kop. et sa ferme a donné 1091 roub. 65 kop. pour une période de quatre ans. A l'établissement de Kherson, les malades ont gagné 4571 roub 36 kop. dans une année.

La cordonnerie de l'établissement de Simféropol a donné en 1895, 132 roub. 14 kop. de plus-value, l'atelier de confection, 64 roub. 61 kop. et l'atelier de couture, 90 roub. 62 kop., etc. Il est probable que les chiffres exprimant la plus-value sont exagérés, par la raison qu'on ne paye pas d'intérêt pour le capital de roulement fourni par les conseils municipaux : néanmoins, il est certain que les fermes et les ateliers n'occasionnent pas de pertes. Pour attirer les malades au travail, on leur donne du tabac, du thé, etc. [1].

Les malades qui remplissent des fonctions régulières reçoivent un traitement mensuel : à l'établissement de Tver, les appointements atteignent, parfois, la somme d'un rouble

(1) A l'hôpital de Kazan, on ne donne pas de récompenses aux malades qui travaillent, en se basant sur le principe que le plus fort stimulant pour le travail c'est le plaisir. — (Archangelski).

par mois ; à l'établissement de Nowgorod, 13 hommes reçoivent chacun de 50 kop. à 2 roub. 50 kop.

D'après la dernière statistique fournie par le Département médical du Ministère de l'Intérieur russe, il y a plus de 400.000 aliénés en Russie.

Il résulte des calculs du Dr Ragozine, que 75 °/₀ de ce nombre sont dangereux pour la sécurité publique, soit : 300.000. De ce nombre, 18.000 seulement sont hospitalisés.

Il y a donc urgence absolue d'aviser, en multipliant, les modes d'assistance.

Le Dr Lion préconise, pour cela, le système de colonies d'aliénés, colonies agricoles surtout.

Le travail y est, en même temps, traitement et nourrice.

Il n'est pas seulement pour une catégorie de malades, mais pour tous. Il doit être ordonné par le médecin, pour chaque malade en particulier, comme traitement.

En Russie, le travail des aliénés est organisé dans six établissements coloniaux. Les plus importants sont ceux de Kolmovo, Saratow, Bourachef.

Kolmovo. — La colonie la plus ancienne est Kolmovo, près Nowgorod ; organisateur : Dr Chpakowski.

De l'avis de tous ceux qui ont vu cet établissement, le travail productif a une action très bienfaisante. Pour les cinq sixièmes des aliénés, le travail est un traitement puissant.

A Saratow. — Le Dr Bielinski se « priverait plutôt de la pharmacie que du travail de ses aliénés. »

« Plusieurs membres du Zemstvo (Conseil général) ont pu constater que les malades qui étaient antérieurement agités et alcooliques, travaillent pacifiquement et tranquillement. » (MM. Gourief, Tosen et Bielopolski).

A Bourachef. — « Le rapport du Dr Litvinoff, sur la colonie des aliénés de Bourechef (gouvernement de Twer), où le travail à l'air libre est organisé, constate que plusieurs malades doivent leur guérison au travail. »

Organisation administrative. — Au point de vue du régime administratif des asiles, il y a lieu de distinguer d'une part ceux qui relèvent des Zemstvos, de ceux qui n'en relèvent pas (asiles d'état, asiles militaires pour les armées de terre ou de mer).

Les asiles de gouvernement prévus par le statut impérial se subdivisent eux-mêmes au point de vue de l'organisation administrative, en différentes catégories, selon qu'ils sont restés greffés sur l'ancien hôpital général ou ont été érigés en établissements distincts et autonomes.

Dans les premiers, asiles annexes à un hôpital, comme ce n'est qu'un quartier spécial de l'hospice, l'administration du service des aliénés dépend de l'administration générale de tout l'hôpital, qui relève d'un directeur général commun.

Le médecin des aliénés n'a que le titre de médecin-chef d'un service. C'est ainsi à Tambow, Karkow et Simferopol.

Le médecin en chef du service des aliénés est placé sous l'autorité du médecin-directeur de l'hôpital.

Les médecins russes et en particulier Archangelski, dans son étude si documentée, à laquelle nous faisons de constants emprunts, se sont toujours élevés avec raison contre cette organisation bâtarde, dont le moindre inconvénient de laisser une direction spéciale à un médecin non spécialisé est par suite moins compétent, qui peut modifier des détails de service et de personnel sans se conformer aux desiderata et indications de l'intéressé.

Il n'en peut résulter que des inconvénients pour tous, en particulier pour les malades et l'établissement.

Le développement de l'asile en est entravé et des mesures néfastes peuvent être prises compromettant l'avenir de l'institution tandis que des réformes urgentes sont omises.

Aussi dès longtemps les conseils des Zemstvos, à la suite des protestations unanimes du corps médical ont-ils admis la nécessité de rendre l'administration des quartiers d'asiles distinctes et indépendantes de celles des hôpitaux ordinaires.

Cette réforme a été menée à bien par les Zemstvos de Twer, Novogorod, Riazan, Saratow et Cherson entre autres.

« Mais dans les règlements spéciaux ainsi établis par le services d'aliénés, il est encore, dit Archangelski, beaucoup trop question du rôle directeur et pas assez de celui des médecins. »

C'est assez la paraphrase du mot de Falret, s'écriant : « j'ai beau chercher dans un asile le rôle du directeur, je n'y trouve jamais que celui du médecin». C'est que ces règlements composés à une époque relativement ancienne étaient encore imbus des anciens errements contraires à l'immixtion des médecins dans les questions d'organisation intérieure, en particulier du choix et du remaniement du personnel. Aussi en fait les médecins d'asiles russes ont-ils progressivement acquis presque partout, grâce à l'appui constant des Zemstvos, la haute-main sur le choix de leur personnel subalterne, choix si précieux et si capital dans l'assistance des malades aliénés, que l'on peut dire qu'il constitue avec la bonne organisation matérielle, la garantie certaine d'efficacité thérapeutique des asiles.

Les établissements de Zemstvos se trouvent sous la juridiction de ces conseils, mais soumis à l'administration immédiate d'un directeur-médecin.

A Tambow, Karkow, Simferopol, cependant le médecin-directeur est commun avec l'hôpital général.

Les médecins chefs des services d'aliénés sont subordonnés à lui dans ce cas, au point de vue administratif tout au moins.

Mais ce système d'administration est peu pratiqué, et il arrive souvent qu'on ne consulte pas les médecins de l'établissement pour l'admission des malades, changement des domestiques, etc.

Toutes ces circonstances créent une fausse situation et gênent la marche régulière de l'établissement.

Les zemstwos ont depuis longtemps une tendance à séparer l'administration des établissements pour les malades psychiques de celle des hôpitaux communs.

Quelques-uns l'ont déjà réalisée (zemstwos de Novgorod, de Twer, Riazan, Saratow et de Kherson). Quelques établis-

sements ont déjà leur règlement à part. Ce règlement parle beaucoup du rôle du directeur et presque pas du rôle des médecins des sections. Il est facile d'en comprendre la cause: le règlement, pour la plupart des cas, a été composé à l'époque où les établissements ne possèdaient pas une expérience suffisante (Archangelski).

Le fonctionnement ultérieur et le développement de ces établissements est heureusement venu corriger cela partout, par la force naturelle des choses; en sorte, qu'à l'heure actuelle, les chefs de services médicaux sont indépendants pour le recrutement et le renvoi de leur personnel subalterne.

Les médecins chefs sont indépendants les uns des autres et responsables médicalement d'un groupe de malades qui oscille généralement entre 100 et 150. Ils ont toujours comme auxiliaires des aides-médecins, qui sont les intermédiaires entre nos internes de province et le médecin-adjoint.

Le médecin-adjoint, tel qu'on le conçoit en France, n'existe pas dans les asiles russes, les médecins russes n'ont pas lieu de le regretter et on peut voir des hommes jeunes à la tête de petits services, dont ils ont la responsabilité, sans qu'il en résulte d'inconvénient, au contraire.

Les aides-médecins sont astreints à un service bien plus rigoureux que nos internes; leurs salles de garde sont dans la section des malades, le jour; la salle a vue sur les pièces qu'occupent les malades, en sorte que, tout en travaillant, et même en prenant leurs repas, ils ont l'œil sur le service sans cesse; aucun mauvais traitement ne peut ainsi être donné, sans qu'ils le voient et constamment il y a l'un des aides-médecins à son poste d'observation, si l'autre est appelé auprès d'un malade. Nous les avons constamment trouvés à leur poste, avec leur blouse et leur tablier, souvent occupés à l'examen et interrogation de leurs malades. Ces aides-médecins ont généralement un certain âge, parce qu'il s'acquittent là d'un stage pratique obligatoire, après lequel ils reçoivent l'autorisation d'exercer comme officiers de santé, dans des districts éloignés et privés de docteurs. Ils ne peuvent occuper plus tard la

situation de directeur ou de médecins chefs, de par leur instruction antérieure, ils ne peuvent y aspirer, mais ils n'en sont pas moins des auxiliaires précieux, ce sont comme les sous-officiers rengagés de l'armée médicale spéciale. On comprend qu'on puisse, dans ces conditions, exiger d'eux un service rigoureux. Aux femmes existent des aide-médecins femmes qui exercent ensuite dans des conditions analogues, ce sont des jeunes filles pauvres qui trouvent là une situation modeste, mais des plus respectables. Les médecins chefs les traitent avec une déférence marquée qui montre quel appui solide ils savent trouver dans ces modestes assistants.

Des écoles secondaires spéciales existent souvent par les études de ces officiers de santé, dans les villes où le groupe hospitalier est important et en réunit un certain nombre. Quelques grands asiles sont dotés de telles écoles. Cet enseignement peut, d'ailleurs, être combiné avec celui plus élémentaire des surveillants et infirmiers.

Le *stage d'asile* est, en outre, exigé pour les *étudiants de doctorat* et *certains étudiants en droit* qui suivent les services d'asiles obligatoirement dans les villes d'Université.

Pour le service des médecins proprement dit, voici comment il est compris : l'asile de Varsovie, par exemple, dont la population est de 500 à 550 malades, il y a, comme personnel médical: un directeur-médecin en chef et cinq médecins adjoints faisant fonctions de chefs de service. Ceux-ci ne suivent pas la « visite », ils sont utilisés de la façon suivante : chaque médecin-adjoint est à la tête d'une section de 100 malades, il s'en occupe exclusivement ; il est responsable de son service devant le directeur-médecin en chef d'abord, au point de vue disciplinaire, et aussi devant la loi. Ils signent leurs certificats. Le directeur-médecin en chef visite, chaque jour, une des sections, parfois il les parcourt toutes ; il n'est point accompagné par les adjoints, mais trouve chacun d'eux dans sa station respective. Chaque jour, une conférence réunit tout le personnel médical : Les adjoints dont le médecin en chef n'a pas visité le service, lui rendent compte des divers incidents qui y

sont survenus. Si un cas particulièrement difficile de psychiatrie, une intervention chirurgicale se présentent, le médecin en chef assiste l'adjoint ou désigne un collègue de ce dernier pour prendre une décision avec le médecin traitant. L'organisation est, à peu de chose près, analogue dans les autres établissements.

Certains asiles possèdent des médecins internes qui, une fois leurs études terminées, font un stage dans l'asile d'aliénés, en vue d'acquérir des connaissances pratiques en médecine mentale ; ils remplissent alors, à titre de stage payé, des fonctions identiques à celles des internes de France.

Dans l'asile en voie de construction dans le gouvernement de Kief, on prévoit neuf médecins pour 900 malades, sans compter les aides-médecins.

« A l'asile-colonie de Bouraschevo, qui est un des établissements les mieux organisés de Russie, le personnel médical se compose d'un directeur-médecin en chef et de cinq médecins en second. Le directeur-médecin en chef a la haute direction du service médical ; il est chargé, en outre, de l'administration générale de l'asile. Le nombre des adjoints est susceptible d'être augmenté. Il doit y avoir un médecin par groupe de 120 malades. Chacun des médecins (y compris le directeur-médecin en chef) est à la tête. au double point de vue médical et administratif, d'un service de 120 malades environ, comprenant un ou plusieurs quartiers. Les médecins en second sont responsables devant la loi pour tout ce qui se passe d'irrégulier dans leurs divisions respectives. Le directeur fait une visite quotidienne de tout l'établissement. Cette visite n'a point lieu à heure fixe, et les médecins en second n'y assistent pas, même quand le directeur-médecin en chef visite la section qui leur est confiée. Ils ne sont, d'ailleurs, pas informés de l'heure de cette visite. Les médecins en second doivent faire tous les jours une visite des malades de leur section dans la matinée et une contre-visite dans l'après-midi ou dans la soirée. Les médecins se réunissent tous à midi dans le cabinet du directeur et rendent compte des incidents qui ont

pu survenir. Tous les samedis soir, une conférence a lieu dans laquelle sont discutées les questions générales ayant trait à la gestion de l'asile, à son état sanitaire, etc. »

Les installations pour études et recherches scientifiques sont assez généralement bien organisées, même dans les colonies agricoles d'aliénés chroniques, comme à Twer, par exemple, où l'amphithéâtre d'autopsie est muni de tables de marbre, d'eaux fluentes, d'égout spécial ; de microscopes et outillages accessoires (microtome, réactifs, etc.) pour histologie pathologique, des schemas scientifiques concernant la texture fine des centres nerveux, ornent les murs, rappelant aux aides-médecins les notions qui les doivent guider dans leurs recherches. Un gardien spécial est souvent affecté, comme auxiliaire, à ce service particulier.

Les surveillants et assimilés sont les seuls parmi le personnel subalterne qui offrent certaines garanties morales ; les simples gardiens et infirmiers étant en Russie, comme chez nous, dans les asiles de province du moins, peu payés et fréquemment renouvelés, en sorte qu'ils manquent souvent de l'habitude et de l'éducation spéciales suffisantes ; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point, ce qui est, il est vrai, un peu corrigé par leur plus grand nombre.

Le service de surveillance de jour est facilité par la présence des aides-médecins dans les services, les surveillants occupent généralement avec eux un poste de garde situé à l'intersection de bâtiments souvent coupés à angle droit, en sorte que sur 2 faces on embrasse la série des pièces à surveiller d'un coup d'œil. A Pokrowsk, par exemple, plusieurs des bâtiments ont cette disposition en forme d'L, avec salle de garde à l'intersection.

D'autres fois, comme à Altccherbitz, les pavillons sont disposés en éventail en quelque sorte, une pièce mitoyenne de surveillance ayant vue sur les autres, circulairement disposées en demi-cercle par rapport à l'entrée ; par là on est obligé de passer pour sortir et on accède aux autres salles voisines par des portes toujours ouvertes.

Le service des veilles de nuit est constamment organisé avec soin aussi ; un corps de veilleurs spéciaux existe rarement, mais on établit un roulement parmi le personnel de jour, avec repos consécutifs correspondant, indépendamment des sorties réglementaires.

Gardiens.— Les établissements russes, avons-nous dit, ne possèdent pas partout un personnel expérimenté. Les gardiens quittent souvent leurs places, et même à la maison de Pétersbourg, où les domestiques peuvent devenir titulaires de pensions de l'État, après un service ininterrompu de 10 ans (60 roubles par an), ou de 15 ans (120 roubles par an), il n'y a pas un pensionné, sauf le garde-magasin qui, du reste, ne rentre pas dans la catégorie de gardiens ordinaires.

Les gardiens surveillent les malades pendant les travaux, promenades, etc.

Ils font aussi le service de jour : l'instabilité du service est exprimée par les chiffres suivants :

Établissement de Twer, en un an, 82 domestiques, 135 changements ; à celui de Nowgorod, 27 gardiens, 33 changements ; celui de Saratow, 22 gardiens, 48 changements ; celui de Toula, 49 gardiens, 22 changements ; celui de Pétersbourg, 40 gardiens, 33 changements.

Sur 6 établissements, on a calculé la moyenne du temps de service fourni par les gardiens :

On a trouvé que 42 °/₀ restaient moins d'une année entière,
22 °/₀ 1 an ;
34, 9 °/₀ plus d'un an.

L'alcool et les mauvais traitements ne sont pas une cause fréquente des renvois et amendes.

Temps de service des Gardiens

	Nombre recruté	Moins d'un an	%	Un an	%	Plus d'un an	%
Twer	32	48	58.5	18	22	16	19.5
Nowgorod.........	27	9	33.3	8	29.6	10.6	37
Saratow...........	26	14	54	3	11 5	9	34.6
Riazan............	62	21	34	14	22.6	27	43.5
Toula............	45	13	29	5	11	27	60
Pétersbourg	56	21	38	20	35	15	27
	298	126	42.3	68	22	104	34.9

Les causes de changements des domestiques qui jouent le principal rôle sont les suivantes : *circonstances de famille, ivresse* et *mauvais traitement des malades.*

Les domestiques sont immédiatement renvoyés s'ils maltraitent les malades ; pour le reste, les domestiques payent une amende ; à l'établissement de Toula les domestiques ont avec eux leurs familles, et on prétend que c'est la cause de la stabilité relative du service dans cet établissement.

Le rapport entre lė nombre des malades et des gardiens est en moyenne générale de 1 gardien pour 5.

En outre on peut voir par nos tableaux que le nombre des malades du sexe masculin est plus grand que celui du sexe féminin ; les premiers forment 61,4 °/₀ et les secondes 38,6 °/₀ ; mais le °/₀ de domestiques et de surveillants est plus grand pour les femmes que pour les hommes.

Hors le service intérieur, les établissements ont un personnel variable d'employés autres quelconques sans contact continu avec les malades (dépensiers, cuisiniers, employés de bureau, etc.), nous n'en parlerons pas spécialement.

Selon les asiles visités et les régions, on relève d'assez grandes variations dans les proportions relatives des catégories de malades, cela provient outre les causes ethniques et climatériques d'une part : 1° du nombre des médecins qui dirigent

l'établissement et de la construction de locaux dont on dispose, car si ces locaux manquent pour le classement et l'isolement, on groupe les malades pèle-mêle et on les connaît mal ; 2° du caractère des maladies et du mouvement des malades ; un mouvement plus fort donne une proportion plus grande d'agités ; un mouvement faible ne renouvelle pas la population de l'établissement et les malades chroniques s'y accumulent. Toutes ces conditions nous empêchent de poser des chiffres moyens qui soient le plus possible rapprochés de la réalité ; néanmoins on peut faire le total et déterminer le % moyen (afin qu'on puisse se rendre compte dans les jugements concernant l'installation) qui suit : En négligeant les fractions pour simplifier le calcul et en réunissant les malades de lazarets avec les faibles (les premiers sont peu nombreux), et en divisant les malades malpropres et agités (femmes) de l'établissement de Nowgorod en deux groupes (nous faisons la même chose pour les malades violents et malpropres (femmes) de l'établissement de Kazan), nous trouvons les tableaux suivants.

Catégorisations des Malades

	VIOLENTS		TRANQUILLES
	Hommes	Femmes	
Tambow............	5 %	9 %	50 %
Nowgorod............	6 %	10 %	
Kerson............			
Twer............	22 %	27 %	
Poltawa............			37 %
Kazan............	11 %	17 %	

Moyenne Générale

	HOMMES		FEMMES	
Tranquilles............	379	44 %	193	37 %
1/2 agités............	235	27 %	152	30 %
Violents............	85	10 %	72	14
Malpropres, etc............	165	19 %	98	19 %
TOTAUX......	864		512	

Nous avons déjà dit quelques mots sur la partie économique en parlant des travaux des malades et de la position des médecins. Là où les établissements ne forment qu'une section de l'hôpital commun, la partie économique est dirigée par le bureau de l'hôpital et par l'intendant qui exécute les devis, et qui n'est pas du tout subordonné au médecin de l'établissement. Au contraire, là où l'établissement est indépendant par rapport à l'hôpital commun, c'est le médecin qui dirige tout, les employés (intendant, surveillants, etc.), dépendent également de lui ; le Zemstwo contrôle l'administration, il est en relation immédiate avec le médecin.

La direction des fermes est, parfois, confiée à des intendants qui doivent compte de leur gestion au conseil de Zemstwo. Cette situation est fausse, car l'application du travail est un remède médical, et il est naturel qu'on en rende compte au médecin.

En effet, le fait que les médecins dirigent la partie économique à l'hôpital de Kazan, à ce qu'il paraît, ne gâte pas l'affaire, aussi est-ce là une pratique qui se généralise. « C'est là encore; dit Archangelski, une des conséquences de l'intervention des Zemstwos qui ont fait faire tant de progrès à l'assistance et au traitement des malades psychiques. Par eux, les anciennes « maisons d'aliénés » se sont transformées en établissements où on applique le traitement régulier et où les malades incurables trouvent une assistance humanitaire. Avec la création des colonies agricoles et l'assistance familiale des malades chroniques, la Russie entre dans la voie indiquée par la science et par la pratique. »

Culte. — Les malades fréquentent l'église de paroisse (établissement de Twer), ou l'église commune pour tous les malades de l'hôpital (établissements de Pétersbourg et de Kazan.)

Habitations des médecins et du personnel médical. — Les médecins n'habitent pas les établissements de Kerson et de Karkow, et les malades ne sont surveillés jour et nuit

que par les domestiques. A l'établissement de Twer, les logements des médecins ne sont pas isolés des locaux des malades, ce qui est peu commode, surtout pour les familles des médecins. A Kazan et à Tambow, les médecins occupent un bâtiment à part. A Pétersbourg, Toula, colonie de Riazan, Poltava et Kerson, ils ont des maisonnettes séparées les unes des autres.

Dans la plupart des cas, les surveillants occupent des chambres qui ne sont pas isolées des locaux des malades, sauf dans les établissements de Kazan, de Pétersbourg et de Twer.

A Kazan et à Pétersbourg, les domestiques qui ne sont pas de service du jour ont leurs chambres tout à fait à part. Dans les autres établissements, ils restent parmi les malades ou bien ils couchent ailleurs, mais dans le même bâtiment.

Admission et frais d'assistance. — La question d'admission des malades des autres gouvernements a été plusieurs fois discutée ; malgré toutes les résolutions négatives dans la pratique et presque dans chaque cas particulier, on est obligé d'admettre tous les malades. Quant aux malades du gouvernement même où se trouve l'établissement, le plus grand nombre porte sur les habitants des endroits les plus rapprochés de l'établissement.

Comme je l'ai déjà dit, dès que les établissements de charité et d'assistance ont été donnés à la juridiction des Zemstwos, ces derniers ont fait beaucoup pour que les locaux, l'entretien, le traitement des malades, etc., soient bons. Naturellement, la Société, pleine de confiance, a commencé à envoyer des malades ; les établissements se sont nécessairement agrandis, avec d'autant plus de raison qu'une certaine partie des malades restait à l'établissement pour toujours. Il est arrivé que les Zemstwos ont été obligés de limiter l'admission des malades, et ils ont créé des règlements à ce sujet ; mais tous ces règlements n'aboutissent à rien et les établissements sont forcés d'accepter chaque malade qui se présente. Comme résultat de la polémique des gouverneurs avec les Zemstwos

par rapport à l'admission des malades, le Sénat a déclaré : « Puisque la quantité des malades gardés d'après le sens des articles 623-629 du XIII[e] tom., n'est déterminée par aucun nombre, les Zemstwos, conformément à l'article 2 du Code, sont obligés de louer ou de créer des locaux s'il manque des places, et pour cela, ils peuvent utiliser leur droit désigné par l'article 79 du « Règlement provisoire pour les Zemstwos (1) ». Une partie des impôts de Zemstwo est destinée à entretenir les établissements pour les malades psychiques, car les intérêts du capital pour l'assistance publique ne suffisent même pas pour les autres établissements de charité. »

Quant aux pensionnaires qui payent une somme supplémentaire pour la pension améliorée, cet appoint vu les charges si lourdes est une cause d'allègement budgétaire insignifiant.

Il n'en est pas de même aux établissements de l'Etat : là on accepte des malades autant que l'ont veut, et naturellement l'établissement peut avoir un nombre de pensionnaires plus grand ; par exemple, l'hôpital de Preobrajensk à environ 11,85 % de malades qui payent de 30 roub. 60 kop. à 40 roub. 60 kop. par mois ; le reste des malades payent 6. roub. 60 kop. chacun. *L'hôpital de Kazan (214 mal.)*, a 25 pensionnaires qui payent de 24 à 60 roub. par mois : le reste paye : 8 roub. (II classe) et 13 roub. (1[re] classe) par mois. Il est facile de comprendre pourquoi la maison d'assistance des malades psychiques de Pétersbourg qui possède un capital de 1/2 million de roubles, jouit d'une pleine liberté en ce qui concerne l'admission des malades.

Le nombre des sections de classement, des petits dortoirs d'isolements par groupes de 5 à 8 lits, la séparation en pavillons distincts ou même en asiles différents des aliénés aigus ou chroniques sont complétés par la graduation des régimes d'alimentation, des pensions améliorées et des nuances de confortable assurés selon les contributions des malades ou de leurs familles.

(1) Liste des articles du Code des lois concernant les malades psychiques en Russie. (Edition du département de médecine, 1886, page 27, § 69).

La classe la plus modeste est ainsi l'objet de sacrifices consentis par l'administration, mais cet encouragement au payement, quelque minime qu'il soit, d'une contribution et qui les distingue des indigents simples, peut motiver le placement dans des sections ou chambres différentes, où le milieu social est plus approprié à la situation antérieure.

C'est là une source de contributions directes de la part des malades ou des familles qui n'est pas à dédaigner et permet l'assistance d'un nombre proportionnellement plus grand d'indigents vrais.

L'égalité qui règne chez nous aux dépens de ces petits pensionnaires, loin de profiter aux indigents proprement dits leur est préjudiciable, en ce sens que des gens capables de payer une petite portion de la pension n'y ayant aucun intérêt rentrent comme indigents.

Nous terminons par quelques tableaux généraux et quelques exemples de chiffres statistiques relatifs à un asile de Province (Twer.)

	Malades		TOTAL	Médecins		Nombre de malades par médecin	H.	Nombre de malades par surveillant et aide-médecin	F.	Nombre de moyennes par surveillant et aide-médecin	Total des surveillants et aides-médecins	Moyenne générale	Hommes gardiens	Proportion de malades H. par gardien	Femmes gardiennes	Proportion de malades F. par gardienne	Total des gardiens des 2 sexes	Moyenne générale des malades par infirmier
	H.	F.		H.	F.													
Twer	197	112	309	4	—	77.3	5	39.4	5	22.4	10	30.9	47	4.2	38	3.0	85	3.6
Nowgorod	110	52	162	2	—	81.0	3	36.6	3	17.3	6	27.0	17	6.5	11	4.7	28	5.8
Saratow	101	44	145	2	1	48.3	2	50.5	2	22.0	4	36.2	15	6.7	11	4.0	26	5.6
Riasan	208	124	332	4	—	83.0	4	52.0	4	31.0	8	41.5	35	5.9	25	5.0	60	5.5
Tambow	175	76	251	3	—	83.7	6	29.2	6	12.7	12	20.9	26	6.7	17	4.5	43	5.8
Toula	134	85	219	2	—	109.5	3	44.7	2	42.5	5	43.8	23	5.8	22	3.9	45	4.8
Karkow	168	120	288	2	—	144.0	9	18.7	4	30.0	13	22.2	31	5.4	25	4.4	56	5.1
Poltawa	141	126	267	3	—	89.0	3	47.0	3	42.0	6	44.2	37	3.8	32	3.9	69	3.9
Kerson	163	115	278	2	—	139.0	6	27.9	7	16.4	13	21.4	20	8.1	20	5.7	40	6.9
Simferopol	158	93	251	2	—	125.5	6	26.3	3	31.0	9	27.9	23	6.9	11	8.4	34	7.4
Kasan (asile)	48	—	48	1	—	48.»	2	24.»	—	—	2	24.0	10	4.8	—	—	10	4.8
TOTAUX...	1.603 62.9 %	947 37.1 %	2.550	27	1	91.1	49	32.7	39	24.3	88	29.0	284	5.6	212	4.5	496	5.14
Kasan (hospice)	122	92	214	5	—	42.8	6	20.3	6	15.3	12	17.8	22	5.5	19	4.8	41	5.2
Preobrajenskoïé	222	158	380	5	—	76.»	7	31.7	4	39.5	11	34.5	38	5.8	36	4.4	74	5.1
Moscou (asile)	140	115	255	4	—	63.7	6	23.3	6	19.2	12	21.3	22	5.0	38	3.0	60	4.3
TOTAUX...	484 57 %	365 43 %	849	14	—	60.6	19	25.5	16	22.8	35	24.3	82	5.9	93	3.9	175	4.9
TOTAUX GÉNÉRAUX	2.087 61.4 %	1.312 38.6 %	3.399	42	1	80.9	68	30.7	55	23.9	123	27.6	366	5.7	305	4.3	671	5.7

Voici quelques prix de revient des malades dans quelques asiles, par mois

	INDIGENTS	PENSIONS AMÉLIORÉES
Twer	9 roubles	
Nowgorod	12 roubles 50	25 roubles.
Saratow	12 roubles 90	
Tambow	8 roubles	25 à 50 roubles.
Toula	7 roubles 50	10 à 25 roubles.
Karkow	8 roubles 40	10 roubles.
Poltawa	7 roubles 50	9 roubles.
Kerson, Simferopol	8 roubles	

Catégories (Twer)		Décompte moyen	
Paysans	45 %	Calmes	23." %
Artisans	17 %	1/2 tranquilles	18.4 %
Militaires réformés	12 %	Violents	14.4 %
Fonctionnaires	7 %	Agités gâteux	13.8
Prêtres	7 %	» »	d°
Bourgeois	2 %	Tranquilles, gâteux ou alités, autres	16." %
Nobles	3 %	Travaillant au dehors	16." %
Roturiers	2 %		
Professions libérales	2 %		
Divers	1.5		
Inconnus	1.5		

5 évasions par an en moyenne.

Autant de tentatives manquées.

Moyennes annuelles (Twer)

des Existants en fin d'année..	300
» Entrées..................	200
» Guérisons...............	50
» Sorties améliorées........	50
» Sorties sans améliorations.	50
» Décès............... ...	50

Hommes (Vwer)

1	Tranquilles.	36..	8	domestiques	sont	attachés	à	eux
2	1/2 Tranquilles.........	34..	7	»		»	»	»
3	Tranquilles malpropres..	22..	6	»		»	»	»
4	Agités et malpropres.....	21..	6	»		»	»	»
5	Tranquilles	14..	5	»		»	»	»
6	....	15..	9	»		»	»	»
7	Baraques des ouvriers....	27..	1	»		»	»	»
8	» » faibles......	28..	5	»		»	»	»

Twer

SECTIONS	Cubage Total des dortoirs et salles de jour	Nombre d'Hommes	Nombre de Femmes	Cubage moyen par tête
Calmes.............	130.6 M.C.	36	33	3.8 M.C.
Gâteux..............	130.6 »	34	26	4.4 »
1/2 Tranquilles......	53.7 »	21	18	2.6 »
Agités...	104.1 »	15	17	6.5 »
Travailleurs.........	92 »	27	—	3.4 »
Alités..............	92 »	28	—	3.2 »
Infirmerie et Tranquilles en observation..	variable	14	Cubage au-dessus de la moyenne de beaucoup	

Notes sur 3 établissements d'aliénés en Allemagne

En Allemagne comme en Russie, les établissements d'aliénés se rapprochent plus que chez nous du type de l'hôpital, grâce au système dit d'Altscherbitz généralisé à tous les établissements nouveaux. Ce système consiste essentiellement en une spécialisation des éléments dissociés de l'ancien asile centralisé ; des pavillons multiples et disséminés permettent d'organiser l'assistance spéciale en quelque sorte par échelons successifs ; des services d'observations et de traitement pour aigus avec offen-thür et betbehandlung, des sections de travailleurs également ouvertes, des colonies fermes et des groupes de 6 à 8 chroniques confiés à un ménage d'infirmiers en cottages spéciaux, sorte d'assistance familiale artificielle, telles sont les particularités réunies qui constituent les éléments essentiels du système d'Altscherbitz.

La colonie familiale, type Dun-sur-Auron, va s'ouvrir à son tour et compléter l'assistance familiale à domicile des chroniques et convalescents telle qu'elle est pratiquée à Berlin même.

La Saxe vient d'envoyer à Dun son gouverneur avec MM. Paetz d'Altscherbitz et Alt d'Uchtspringe pour établir la colonisation familiale agglomérée à notre exemple.

L'Allemagne, grâce à sa forte proportion de médecins traitants, pourra ainsi assurer le désencombrement constant et le bon fonctionnement de ses hôpitaux d'aiguës pour le plus grand bien de la science mentale et des malades.

Nous joignons une note rapide, sorte d'instantané des asiles d'Altscherbitz, Uchtspringe et Wuhlgarten que nous avons visités en Allemagne.

Asile de Wuhlgarten

Construit en 1890-93. A 1 h. de voiture de Berlin, 1/2 h. par le chemin de fer.

En entrant, avenue de cerisiers d'un kilomètre de long.

Dr Hebold, médecin-directeur.

Dr Fogel, remplaçant, plus 5 médecins assistants.

Dr Hubert Schnitzer, 1er assistant

Construction en briques.

900 malades des deux sexes.

1° Asile à pavillons fermés ;

2° Colonie ouverte.

Les malades sont surtout mais pas uniquement des épileptiques 1/5 d'aliénés autres).

Les femmes travaillent aussi à l'agriculture.

Un pavillon pour 100 enfants.

Chaque médecin a un service de 160 malades environ.

Le médecin-directeur n'a pas de service spécial, il va alternativement dans chaque service.

Lumière électrique.

Epandage.

Les agités ne sortent pas dans les cours.

Les gardiens couchent dans les dortoirs.

Bains : Grande piscine avec douche en pluie tout autour, bains électriques.

Parloir : Le dimanche, 2 heures ;
Le jeudi, 1 heure pour les hommes ;
Le mardi, 1 heure pour les femmes.

Chaque dimanche une ou deux évasions.

Asile d'Uchtspinge

L'établissement est tout à côté de la gare. Restaurant destiné surtout aux familles visiteuses en face de celle-ci.

Architecte : Yenner.

Directeur-médecin : Dr Conrad Alt.

D'abord destiné aux épileptiques et imbéciles l'asile comprend maintenant toutes les catégories d'aliénés.

Population : 780 malades.

Adultes...	Hommes...	302
	Femmes...	341
Enfants...	Garçons....	70
	Filles......	67
		780

Personnel secondaire 116 personnes, personnel de jour et de nuit. Sept médecins avec une hiérarchie toute militaire.

Appointements : médecin-directeur. 8.000 fr., logements, chauffage, éclairage, voiture.

un médecin à..... 5.000 fr.
un médecin à..... 3.500 fr.
4 assistants à..... 750 fr. plus la nourriture.

Le médecin-directeur n'a pas un service spécial, il passe un jour dans une section, un jour dans une autre.

Tous les autres médecins ont chacun leur service.

Il y a cinq professeurs pour les enfants idiots.

Un pharmacien diplômé.

Les infirmeries hommes et femmes sont adossées et ont une salle d'opération commune. Deux médecins font la chirurgie en outre de leur service.

Box-system pour les agités.

Pensionnat et pavillon pour contagieux, en construction.

Boulangerie.

Salle de fêtes.

Dans chaque section un cabinet pour le médecin.

D'après M. Alt, tous les paralytiques généraux nombreux dans son service sont syphilitiques.

Tous les épileptiques sont mis au lit pendant les 3 mois qui suivent leur entrée ; à chaque crise ils gardent le lit pendant quelques jours.

On fait un enseignement régulier aux infirmiers

Les infirmiers logent dans des bâtiments à part ; quelques-uns ont chez eux jusqu'à 3 malades hommes, pour chacun desquels l'asile leur donne 75 centimes par jour. Il y a donc ainsi une véritable colonie dont dont les nourriciers sont les infirmiers et leur famille.

Les matières fécales traitées chimiquement sont transformées en briquettes qui servent pour le chauffage.

Des correctionnels de Halle travaillent provisoirement aux terrassements de l'asile et couchent dans des pavillons encore inoccupés.

L'asile est ouvert depuis 3 ans seulement.

Asile d'Alt-Scherbitz

Médecin-directeur : Dr Paetz.

Sous-directeur : Dr Herting.

Population : 950, en cottages disséminés.

Un pavillon d'observations pour les entrants calmes.

Une portion de pavillon pour les entrants agités.

Un pavillon d'observations pour les pensionnaires.

Ces pavillons sont, à proprement parler, des services de triage.

Les bâtiments primitifs servent pour la ferme. Les travailleurs y logent.

Le médecin-directeur occupe la maison de l'ancien propriétaire.

2 Pavillons pour les déments inoffensifs.

2 Pavillons à portes ouvertes.

2 Pavillons à portes fermées et à fenêtres ouvertes.

Salles spéciales pour les tuberculeux.

Chambres à part pour les agonisants.

Cuisine centrale : charriots à double paroi pour le transport des vivres. Les marmites de bouillon sont au fond, les récipients contenant la viande au-dessus : de cette façon, tout est très chaud.

Les pavillons ont tous à peu près la même disposition : une salle centrale avec une vérandah ; sur cette salle ouvrent toutes les autres pièces, commandées par la première. Des plantes grimpantes contre le mur.

Médecins : 1 médecin-directeur.
1 médecin-sous-directeur.
4 médecins disséminés dans l'établissement.

Le personnel secondaire est dans la proportion de 1 pour 10 malades. Il habite dans les pavillons des malades.

Les gardiens sont de veille à tour de rôle, tous les 4 ou 5 jours. Les surveillants seuls ont le droit de se marier, et encore à la condition que leurs femmes n'habitent pas l'établissement. Les simples gardiens ne peuvent pas se marier ; il en est de même de tout le personnel féminin de *tous* grades.

On ne fait pas de cours aux infirmiers, mais on leur donne un enseignement continuel à la visite. Il y a un journal pour eux. Ils gagnent de 30 à 60 marks par mois. Ils sont habillés par l'établissement, mais n'ont pas d'uniforme.

Parloir tous les jours et à toute heure.

Chauffage et ventilation à l'aide de poêles.

On peut aérer les cellules sans ouvrir les fenêtres et y faire de même l'obscurité à l'aide de volets se manœuvrant par glissement.

L'éclairage se fait à l'huile et au pétrole.

Dans le quartier des travailleurs, une salle spéciale où les malades se brossent et changent de chaussures en revenant du travail.

Cimetière spécial.

L'asile est traversé par une grande route. Sur la porte, un écriteau : « Défense d'entrer sous peine de punition » et le public n'entre pas.

Séchoir à chaîne sans fin.

Salle de danse et de théâtre, au fond, séparée par un simple rideau-autel pour le service religieux (luthérien).

A la ferme : 18 chevaux.
80 vaches.

Pas de murs de clôture.

CONCLUSIONS

En Russie et en Allemagne, les établissements d'aliénés ne portent pas, comme en France, le nom d'asile, mais celui d'hôpital ; on les considère non comme des garderies à l'usage des gens incapables de vivre en liberté, mais comme des maisons de traitement pour les maladies mentales. Leur organisation répond à leur dénomination. L'élément administratif y est subordonné à l'élément médical (c'est un médecin-directeur qui conduit l'établissement avec l'aide d'un comité de direction composé de tous les médecins). Les médecins sont nombreux proportionnellement au nombre des malades (1 médecin pour 100 aliénés) ; il en est de même des agents de tous ordres attachés au service des malades (1 pour 5). Il y a séparation entre les aliénés atteints de maladies aiguës et les chroniques, ces derniers étant placés soit dans des quartiers spéciaux, soit dans des colonies agricoles ou bien confiés au patronage familial.

Depuis quelques années on a construit de très beaux établissements pour les aliénés, tels que les 3 que nous décrivons pour l'Allemagne et, en Russie les hôpitaux Alexiev, Pokrovsk, Novosnamenski et le nouveau pavillon de l'hôpital Alexandre III près de Pétersbourg. La Clinique psychiâtrique de l'Académie militaire de la capitale et celle de l'Université de Moscou sont deux superbes édifices admirablement installés et organisés : en France, nous ne possédons rien de pareil. La Clinique de Moscou est le produit d'un don particulier : il n'est pas rare, en effet, de voir de riches citoyens mettre un orgueil patriotique à aider de leurs deniers des institutions scientifiques ou hospitalières.

Les médecins aliénistes russes sont instruits, laborieux, beaucoup polyglottes, très au courant de ce qui se fait et s'écrit à l'étranger. Le personnel secondaire comprend des surveillants et surveillantes aides-médecins qui sont d'excellents agents. Les gardiens et gardiennes seuls ne sont pas ce qu'ils devraient être ; en nombre plus que suffisant, ils pêchent par

la qualité ; mais de ce côté encore, des efforts sérieux commencent à se faire. Quand la Russie aura constitué un bon corps de gardiens et gardiennes, elle pourra subir sans crainte la comparaison avec les autres pays au point de vue de l'assistance des aliénés. Elle est entrée un peu tard dans la voie du progrès, mais elle y marche à grands pas.

Fait bien digne de remarque : l'autocratique Russie jouit de l'autonomie provinciale et communale, au moins en ce qui concerne l'instruction et l'assistance publique. Les Assemblées provinciales ou Zemstwos, analogues à nos Conseils généraux, et les Conseils municipaux des capitales ont dans leurs attributions, depuis 1864, le soin de pourvoir à l'instruction des habitants et à l'assistance de tous les malades. Et c'est précisément depuis cette époque qu'ont été réalisées de grandes réformes dans l'assistance publique et en particulier dans l'assistance des aliénés.

Un autre fait mérite d'être signalé. En Russie, on ne se contente pas d'améliorer constamment les conditions d'hospitalisation et de traitement des aliénés, on cherche encore à enrayer les progrès de la folie, en empêchant les aliénés de se marier et de procréer des êtres semblables à eux. Dès 1772, Pierre le Grand défendait aux fous d'entrer dans les liens du mariage, et encore aujourd'hui la loi russe dit : « Il est défendu de contracter mariage avec les imbéciles et les fous. Le mariage est nul quand une ou les deux parties contractantes étaient en état d'aliénation mentale. »

Au point de vue de la prophylaxie de la dégénérescence mentale, la Russie pourrait servir de modèle à bien des pays.

Albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive

Par MM. M. Lannois et L. Mayet.

Les neurologistes se sont souvent préoccupés de la présence ou de l'absence de l'albumine dans les urines après les attaques épileptiques, et les auteurs qui — depuis les premières recherches de Sutherland et Righby, de Michea, de Hubert,

sur les urines des aliénés — ont abordé l'étude de cette question, sont arrivés à des résultats absolument contradictoires.

Les uns déclarent n'avoir jamais rencontré d'albumine après la crise comitiale : Reynolds ([1]), Sailly ([2]), Sieveking ([3]), Karrer ([4]), Richter ([5]), Bourneville ([6]), Rabenau ([7]), Mabille ([8]), Christian ([9]), Saundby ([10]), Gowers ([11]), Ebstein ([12]).

D'autres en ont trouvé toujours ou très fréquemment : Seyfert ([13]), de Witt ([14]), Huppert ([15]), Rabow ([16]), Kleudgen ([17]).

Mais, pour le plus grand nombre, l'albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie est un symptôme inconstant, de fréquence très variable, ayant un caractère essentiellement fugace, transitoire et pouvant facilement passer inaperçu. Nous pouvons citer : Bazin ([18]), Otto ([19]), Furnster ([20]), Bowell ([21]), Kühn ([22]), Fiori ([23]), Hallager ([24]), Nothnagel ([25]), Voisin et Péron ([26]), Carrier ([27]), Turner ([28]), Berger ([29]), Binswanger ([30]), Koppen ([31]), Bruninghausen ([32]), Bleile ([33]), Voisin, Galante ([34])... et nous rallier personnellement à leur opinion.

Quant aux traités de pathologie — maladies du système nerveux, maladies des reins — ils ne reflètent que très incomplètement les conclusions des auteurs que nous venons de citer ou même les passent complètement sous silence. De la lecture de nombreux travaux échelonnés depuis plus de trente ans sur la question — et dont les plus anciens sont loin d'être les moins bons — on peut dégager, d'une part, la fréquence de l'albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques ; d'autre part, le peu de constance de cette albuminurie et chez tous les épileptiques et chez un même malade, sa courte durée et sa faible intensité qui la font souvent méconnaître. Quant à nos recherches elles nous mettent — comme nous venons de le dire — absolument d'accord avec la grande majorité des auteurs. Malgré M. Christian soutenant que l'éclectisme n'est pas de mise dans la question si souvent posée : l'attaque d'épilepsie détermine-t-elle de l'albuminurie ? on peut et on doit répondre : oui, mais pas toujours.

Si quelques observateurs ont vu trop souvent de l'albumine dans l'urine sécrétée après les attaques comitiales, et si

d'autres n'en ont jamais trouvé dans cette urine, cela tient — très certainement — au trop petit nombre de malades par eux observés, au peu d'analyses qu'ils ont faites, aux conditions défavorables où ils se sont trouvés pour obtenir les urines et les examiner.

En effet, si certains travaux publiés sur la question de l'albuminurie post-épileptique sont très consciencieux et possèdent une indiscutable valeur scientifique comme, par exemple, la thèse de Bazin, le mémoire de Voisin et Péron, celui plus récent de Galante, d'autres ne touchent que d'une façon très indirecte à la question : ce sont quelques résultats de quelques examens concernant quelques rares malades. Nous voyons Otto fonder sa religion sur 12 sujets et 31 analyses ; Rabenau examine 11 épileptiques, Rabow, 10, etc.

Les conditions dans lesquelles l'urine est recueillie a une importance de tout premier ordre.

L'urine à examiner doit être celle sécrétée depuis la fin de l'accès comitial jusqu'à trois heures environ après— c'est-à-dire l'urine à sécrétion *immédiatement post-paroxystique*. Si par le cathétérisme ou autrement on prend de l'urine pendant la crise épileptique ou immédiatement après la fin de celle-ci, cette urine que contient la vessie est à sécrétion *præ-paroxystique* ; si on attend trop longtemps, on a de l'urine à sécrétion *trop tardivement post-paroxystique*. L'une et l'autre ne contiennent presque jamais d'albumine.

Les résultats obtenus sont souvent aussi considérablement influencés par les méthodes d'analyses employées.

Les réactions et les réactifs utilisés sont nombreux : l'*acide azotique* (réaction de Heller), procédé essentiellement clinique, suffisamment sensible, contre lequel on a invoqué diverses causes d'erreurs (précipitation d'azotate d'urée, d'acide urique, de médicaments éliminés par le rein, etc.) qui sont faciles à éviter ; la *chaleur*, après acidification avec quelques gouttes d'acide acétique et saturation ou non avec le sulfate de soude ; le *ferro-cyanure de potassium*, en solution acide (Bœdeker); les *solutions mercuriques* (Spiegler, Tanret);

l'*acide trichloro-acétique* (Obermeyer, Réale)... Enfin les méthodes d'analyses compliquées, comme celle employée par Kleudgen, qui font trouver de l'albumine dans presque toutes les urines — pathologiques et normales !

D'ailleurs, la question de l'albuminurie post-paroxystique est essentiellement clinique. L'albumine doit être décelée par des procédés cliniques, faciles et rapides à employer, et non par des réactifs trop sensibles, décelant quelques milligrammes d'albumine par litre d'urine. Dans ces conditions, l'albuminurie devient un phénomène presque physiologique et se trouve due à la présence de sperme, de mucus vésical ou vaginal et non à une modification de la sécrétion rénale, le seul point qui doive nous préoccuper.

Une autre cause d'obscurité dans la discussion est l'interprétation souvent incomplète ou erronée des travaux publiés antérieurement. C'est ainsi que Bazin regarde l'albuminurie « comme un des phénomènes qui font partie du cortège symptomatique » de l'attaque d'épilepsie. De sa thèse, on ne lit que les conclusions et la rédaction défectueuse de celles-ci fait attribuer aux recherches de Bazin des résultats bien différents de ceux qu'il a exposés. De plus les difficultés qu'il y a de réunir les mémoires originaux rend les recherches bibliographiques incomplètes, et ne permet pas à nombre d'auteurs de juger toutes pièces en mains. De là des recherches orientées vers telle ou telle hypothèse trop absolue.

Nos recherches ont porté sur les malades épileptiques hospitalisés à l'hospice du Perron, près de Lyon.

Au début, nous avions pensé recueillir d'heure en heure les urines émises après les grandes crises comitiales — suivant, en cela, la méthode employée en 1892 par MM. Voisin et Péron. Mais nous avons vite reconnu l'impossibilité où nous serions de réaliser ainsi un grand nombre d'observations et l'inutilité qu'il y aurait à procéder de cette façon : impossibilité matérielle de faire recueillir convenablement par notre personnel hospitalier et d'analyser nous-mêmes près de cinquante verres d'urines par jour... inutilité, car les analyses que

nous avons faites au début, d'accord avec celles publiées par M. Voisin, nous ont montré que la première urine, émise immédiatement après la crise ne contenait presque jamais d'albumine (elle a été, en effet, sécrétée en partie avant l'accès) et qu'il en était également presque toujours ainsi pour les urines émises 5, 6, 8 heures après l'attaque convulsive.

Nous avons donc recueilli l'urine sécrétée depuis l'accès jusqu'à deux ou trois heures après sa terminaison. Et c'est un échantillon prélevé sur cette urine à *sécrétion post-paroxystique* qui a été soumis à l'analyse.

Pour rechercher l'albumine, nous avons eu presque toujours recours à l'acide azotique, procédé plus sensible que la coagulation de l'albumine par la chaleur, moins délicat que les réactifs de Tanret et autres analogues.

Dans les cas douteux, notre examen a porté sur plusieurs échantillons d'urine et nous avons employé concurremment à l'acide nitrique, le ferro-cyanure de potassium (1).

Pour apprécier la quantité d'albumine contenue dans l'urine, nous nous sommes bornés à noter les caractères d'opacité, d'épaisseur du disque formé sous l'action de l'acide nitrique. Le procédé d'Esbach, le seul applicable en l'espèce, n'eût pas donné des résultats plus satisfaisants.

Enfin, nous avons également noté la densité de l'urine post-paroxystique, dont le poids spécifique est, en général, abaissé ; la présence ou l'absence du sucre d'ailleurs très rarement observé. Dans quelques cas, nous avons dosé l'urée dont le taux par litre nous a paru en général diminué.

Il eût été intéressant de rechercher l'albuminurie après les diverses manifestations de l'épilepsie ; grandes crises convulsives isolées, grandes crises convulsives sériées, état de mal, simples vertiges, accès psychiques, accès délirants..... Les observations qui font l'objet de ce mémoire, se rapportent

(1) On prend quelques centimètres cubes d'urine dans un tube à essais, on verse quelques gouttes d'acide acétique dans l'urine, puis deux ou trois gouttes de ferro-cyanure de potassium en solution à 1/10. La présence d'albumine se raduit par la formation d'un précipité plus ou moins abondant.

seulement à l'*étude des grandes crises convulsives isolées et sériées*. L'élimination momentanée des faits concernant les autres *manifestations* plus rares ou plus difficilement isolables, nous a permis d'apporter dans nos recherches une précision plus grande et de mieux tenir compte des caractères de violence, de durée, etc., de chaque crise observée.

Ces observations ont porté sur 50 épileptiques : 27 hommes, 23 femmes. Elles se rapportent à 244 attaques d'épilepsie convulsive, crises *isolées*, c'est-à-dire séparées par un intervalle de temps relativement considérable, ou *sériées* de crises se succédant à bref intervalle ou reliées par des vertiges.

Elles représentent : 126 analyses faites dans l'intervalle des attaques ; 258 analyses faites après celles-ci. Si nous ajoutons les analyses faites dans les tâtonnements du début, celles pratiquées après les vertiges et autres manifestations comitiales non portées sur les observations ci-après, le chiffre de 400 analyses est bien près d'être atteint.

I. — *Malades épileptiques dont l'urine ne contient pas d'albumine dans l'intervalle des crises convulsives et ne « paraît » pas en présenter après.*

I. — Joachim R..., 58 ans. Entré au service en 1878.

Épilepsie. Crises n'ayant jamais été bien fréquentes, très rares depuis quelques années (1 à 4 par an).

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 1 crise légère : 1 analyse — pas d'albumine.

II. — Antoine Mig..., 60 ans. Admission en mai 1883.

Épilepsie tardive. Début à 43 ans par grandes crises convulsives. Actuellement, crises violentes : cri initial très perçant, perte de connaissance, chute, convulsions intenses, toniques et cloniques, morsure de la langue, miction involontaire ; crises longues, suivies d'un abattement considérable pendant 24 à 48 heures ; crises isolées et très espacées (1898 : 6 diurnes, 13 nocturnes).

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 2 crises isolées : 5 analyses — pas d'albumine.

III. — Claudius P..., 52 ans. Entré en 1884.

Sœur aînée épileptique.

Épilepsie. Début à 14 ans, sans cause occasionnelle. Crises diurnes, courtes, légères, sériées, peu fréquentes (1898 : 29 diurnes, 0 nocturne).

Dans l'intervalle des crises : 1 analyse — pas d'albumine.
Après 2 séries de crises : 2 analyses — pas d'albumine.

IV. — Jean Mout..., 55 ans. Admis au Perron en 1892.

Épilepsie. Début à 18 ans. Vertiges fréquents. Crises rares (1898 vertiges, 54 diurnes, 11 nocturnes ; crises, 3 diurnes, 0 nocturne).

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise légère : 1 analyse — pas d'albumine.

V. — Sap...

Épilepsie. Crises légères, courtes. En 1898 : 11 crises diurnes, 59 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après une série de 4 crises : 1 analyse — pas d'albumine.
Après 2 crises isolées : 2 analyses — pas d'albumine.

VI. — Marie Bo..., 46 ans. Date de l'admission : 1883. Hérédité alcoolique.

Épilepsie. Première crise comitiale à 14 ans. Crises cloniques généralement longues et violentes. Crises surtout nocturnes, 40 à 50 par an en moyenne. Accès de violence et troubles psychiques.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 7 crises isolées : 7 analyses — pas d'albumine.

VII. — Joséphine Ram..., 45 ans. Entrée en 1894.

Épilepsie convulsive ayant débuté à 17 ans. Crises propulsives dans l'intervalle des grandes attaques. Vertiges fréquents, 100 à 150 par an. Crises d'intensité variable, plus rares, 30 par an environ.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises isolées : 2 analyses — pas d'albumine.

VIII. — Denise Mel..., 32 ans. Admise en 1886.

Épilepsie. Première crise à 9 ans. Crises rares, 0 à 4 par an.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise légère et courte : 1 analyse — pas d'albumine.

IX. — Marie-Antoinette Guil..., 33 ans. Hospitalisée depuis 1883.

Antécédents héréditaires névropathiques très chargés.

Hémiplégie spasmodique infantile du côté gauche, avec hemianesthésie légère.

Épilepsie symptomatique. Vertiges fréquents, graves. Crises plus rares. Les premiers ont beaucoup diminué de fréquence depuis quelques années (vertiges par an, 1891 : 515 ; 1898 : 53), les secondes ont peu varié (crises par an, 1891 : 32 ; 1898 : 37).

Crises d'intensité moyenne à prédominance diurne.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 6 crises isolées : 6 analyses — pas d'albumine.

En résumé, 9 de nos malades épileptiques — 5 hommes, 4 femmes — n'ont pas *paru* présenter de l'albumine après les grandes crises convulsives..., paru présenter, car le nombre restreint des crises n'a pas permis de faire un nombre d'examen suffisant pour entraîner une ferme conviction.

Au total : 9 malades, 19 analyses d'urine émise dans l'intervalle des crises ; 27 analyses faites après 24 crises. Jamais d'albumine.

II. — *Malades épileptiques dont l'urine ne contient pas d'albumine dans l'invervalle des crises convulsives et qui présentent une albuminurie transitoire « inconstante » après.*

X. — Albert Ch..., 30 ans. Entré en 1891.

Antécédents héréditaires : Alcoolisme paternel.

Antécédents personnels : Alcoolisme marqué. Masturbation très fréquente depuis l'âge de 9 ans.

Epilepsie. Début par vertiges à l'âge de 19 ans. Crises isolées classiques. En 1898 : 5 crises diurnes, 36 nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'album.

Après 3 crises isolées, longues et violentes : 3 analyses — albumine.

Après 2 crises isolées d'intensité moyenne : 2 analyses — albumine.

Après une crise isolée, longue et légère : 1 analyse — albumine.

Après une crise isolée, longue et d'intensité moyenne : 1 analyse pas — d'albumine.

XI. — Jean Chauv..., 45 ans. Hospitalisé en mars 1882.

Épilepsie. Début des crises dans la première enfance. État mental affaibli. Crises impulsives sans rapports directs avec les paroxysmes convulsifs. Crises en général violentes, prolongées, pas très fréquentes (1898 : 1 diurne, 44 nocturnes).

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.

Après 3 séries de crises violentes : 2 analyses — 3 fois albumine abondante.

Après 2 crises isolées, violentes et longues : 3 analyses — albumine notable.

Après 3 crises isolées, violentes et longues : 3 analyses — pas d'albumine.

XII. — Pierre-Joseph Tr..., 25 ans. Admis en 1895.

Antécédents héréditaires. Alcoolisme des parents. Age avancé de ceux-ci au moment de la conception.

Histoire personnelle : Épilepsie. Première crise à 18 ans ; convulsions légères, coma prolongé (1/2 heure et plus). Crises isolées assez fréquentes (1896 : 102 diurnes, 8 nocturnes ; 1898 : 50 diurnes, 13 nocturnes).

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 4 crises isolées peu intenses : 4 analyses — albumine faible.
Après 2 crises isolées, assez intenses : 2 analyses — pas d'albumine.

XIII. — Bon..., 19 ans. Entré en 1893.

Épilepsie. Première crise à 10 ans, à la suite d'une violente émotion. Crises classiques, courtes. En 1898 : 14 crises diurnes, 79 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise isolée : 1 analyse — albumine en faible quantité.

XIV. — Laurent Desb..., 40 ans. Entré en 1893.

Épilepsie. Première crise à 15 ans. Généralement crises extrêmement violentes, de courte durée, peu fréquentes (1898 : 15 crises diurnes, 4 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises isolées violentes : 2 analyses — albumine.
Apres 1 crise violente : 1 analyse — pas d'albumine.

XV. — Bid..., 49 ans. Au Perron depuis 1894.

Épilepsie. Crises peu fréquentes (1898 : 2 crises diurnes, 26 nocturnes) d'intensités variable.

Dans l'intervalle des crises : 4 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises violentes et longues : 2 analyses — albumine.
Après 1 crise légère et longue : 1 analyse — albumine.
Après 1 crise légère et longue : 1 analyse — pas d'albumine.

XVI. — Marius Bonn..., 33 ans. Entré le 15 janvier 1883.

Épilepsie. Début des crises dans la première enfance.

Elles ne présentent rien de particulier à signaler et n'ont jamais été très fréquentes (20 par an environ) presque toutes nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises d'intensité moyenne : 2 analyses — albumine.
Après 1 crise d'intensité moyenne : 1 analyse — pas d'albumine.

XVII. — Claudius Gr..., 34 ans. Date de l'admission : avril 1884.

Idiotisme. Épilepsie. Crises de l'enfance. Crises isolées, quelquefois sériées, de durée et d'intensité variables. 1898 : 10 crises diurnes, 44 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 3 crises isolées, violentes, longues : 3 analyses — alb. abondante.
Après 5 crises isolées, légères, courtes : 5 analyses — albmin. légère.
Après 1 crise légère longue : 1 analyse — album. légère.
Après 3 crises isolées, légères, longues : 5 analyses — pas d'albumine

XVIII. — Bad, 30 ans.

Épilepsie. Alcoolisme. Automatisme ambulatoire.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 3 crises isolées, violentes et longues : 3 analyses — albumine peu abondante.

Après 2 crises violentes et longues : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 1 crise légère et courte : 1 analyse — traces d'albumine.

XIX. — Pierre Guin..., 53 ans. Entré en 1885.

Antécédents héréditaires : Alcoolisme paternel.

Histoire personnelle : Épilepsie. Crises dès l'enfance. Pas de vertiges. 1889 : 44 crises diurnes, 20 crises nocturne ; 1898 : 53 crises diurnes, 22 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.

Après 2 crises isolées moyennes : 2 analyses — trace d'alb.

Après 2 crises isolées moyennes : 3 analyses — pas d'albumine.

XX. — Paul Charr..., 22 ans. Reçu en 1893.

Antécédents héréditaires : Alcoolisme ancien du père (20 petits verres et plus par jour). Quatre frères et sœurs aînés bien portants.

Histoire personnelle : Epilepsie. Première crise à 5 ans. Crises classiques, d'intensité variable, fréquentes (1898 : 53 diurnes, 135 nocturnes).

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'album.

Après 5 crises isolées, violentes, longues : 5 analyses — album. not.

Apres 1 crise intense et longue : 2 analyses — pas d'alb.

Après 2 crises isolées, violentes, courtes : 2 analyses — traces d'alb.

Après 1 crise légère et longue : 1 analyse — pas d'album.

XXI. — Joseph B..., 21 ans. Date de l'admission, 21 avril 1898.

Épilepsie. Crises fréquentes (4, 6, 8 et plus par mois), violentes et longues.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'album.

Après 2 crises isolées, violent., long. : 2 analyses — albumine légère.

Après 1 crise violente et courte : 2 analyses — pas d'albumine.

XXII. — Edmond Fin...

Antécédents héréditaires : Hérédité nerveuse. Un frère mort à 16 ans épileptique.

Histoire personnelle : Épilepsie : Hémiplégie droite post-épileptique. Crises violentes, isolées et sériées ; parfois séries de 10, 20 crises reliées par des vertiges, mais pas état de mal réel. Fréquence des crises variables (1896 : 23 crises diurnes, 8 crises nocturnes ; 1897 : 139 d., 149 n. ; 1898 : 13 d., 26 n.

Dans l'intervalle des crises : 4 analyses — pas d'albumine.

Après 2 crises isolées, violentes : 2 analyses — albumine notab.

Après 1 crise isolée moyenne : 1 analyse — traces d'album.

Après 3 crises isolées moyennes : 3 analyses — pas d'albumine.

Après 1 série de 20 crises violentes : 2 analyses — albumine notab.
Après 1 série de 4 crises lég. et longues : 1 analyse — pas d'albumine.

XXIII. — Anthelme Guill..., 41 ans. Reçu en 1891.
Hydrocéphalie. Epilepsie. Crises rares : 1898, 2 crises d., o n.
Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise violente : 1 analyse — albumine abondante.

XXIV. — Pierre Pl..., 31 ans. Entré en 1893.
Épilepsie. Première crise à 23 ans. Crises classiques, de longue durée, pas très violentes. Tuberculose pulmonaire probable.
Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise : 1 analyse — traces d'albumine.
Après 1 crise : 2 analyses — pas d'albumine.

XXV. — Denis Dr..., 55 ans. Entré en 1889.
Syphilis cérébrale. Épilepsie symptomatique.
Rien à noter de particulier dans les crises.
Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises légères : 2 analyses — traces d'albumine.
Après 1 crise légère : 1 analyse — pas d'albumine.

XXVI. — Louise R..., 26 ans. Entrée au Perron en 1895.
Antécédents héréditaires : Conception à un âge avancée des parents (père 45 ans, mère 47 ans). Aliénation mentale du côté maternel.
Histoire personnelle : Épilepsie. Absence très fréquentes ; vertiges fréquents (1898 : 171). Crises à prédominance diurne plus rares (1898 : 39), violentes, courtes.
Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées violentes : 4 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises isolées violentes : 2 analyses — albumine légère.

XXVII. — Marie Fa...
Épilepsie. Crises rares (1 à 10 par an) classiques.
Dans l'intervalles des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise légère courte : 1 analyse — traces d'albumine.
Après 1 crise légère courte : 1 analyse — pas d'albumine.

XXVIII. — Jeanne Rob..., 24 ans. Entrée en avril 1895.
Hémiplégie cérébrale infantile du côté gauche. Contractures et mouvements athétosiques. Hypertrophie du membre supérieur et de la mamelle gauche. Épilepsie symptomatique. Crises nocturnes violentes (1898 : 87 crises).
Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses — albumine notable.
Après 3 crises isolées : 3 analyses — pas d'albumine.

XXIX. — Isabelle M..., 42 ans. Admise en 1883.

Antécédents héréditaires : Alcoolisme du père.

Histoire personnelle : Epilepsie. Petites crises épileptiformes dans la première enfance, grandes crises épileptiques à 10 ans. Crises d'intensité variable, de fréquence modérée (150 à 160 par an), s'accompagnant d'une congestion toujours très marquée du visage qui devient noir.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 2 crises isolées, viol., longues : 2 analyses — alb. assez abond.
Après 4 crises isolées, lég., longues : 4 analyses — traces d'album.
Après 1 crise moyenne : 2 analyses — pas d'albumine.

XXX. — Philippine Moll..., 31 ans. Date de l'entrée : mai 1886.

Rachitisme. Nanisme. Epilepsie. Première crise à 17 ans. Crises rares (10-15 par an), courtes et violentes.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise assez violente : 1 analyse — traces d'albumine.

XXXI. — Fanny Fr..., 46 ans. Entrée en 1883.

Épilepsie. Absences avec actions coordonnées inconscientes. Première crise convulsive à 17 ans. Crises avec rétropulsion automatique peu fréquentes (43 en 1889 ; 1 à 3 dans ces dernières années).

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise légère et courte : 1 analyse — traces d'albumine.

XXXII. — Maria Ga..., 26 ans. Hospitalisation en 1889.

Antécédents héréditaires : Inégalité d'âge des parents : mère 32 ans, père 21 ans. Rien autre à signaler.

Histoire personnelle : Épilepsie. Début des crises à 14 ans. Fréquence de celles-ci variable suivant les années (en 1898, année moyenne : 20 crises diurnes, 37 crises nocturnes).

Troubles psychiques, accès de violence pendant l'apparition des crises.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses pas d'albumine.

Après 11 crises isolées, de même intensité moyenne : 3 analyses albumine légère : 8 analyses pas d'albumine.

XXXIII. — Louise Br..., 40 ans. Hospitalisée en 1885.

Antécédents héréditaires : Hérédité nerveuse. Antécédents névropathiques.

Histoire personnelle : Épilepsie. Première crise à 18 ans. A plusieurs reprises, état de mal. Vertiges fréquents. Grandes crises convulsives. Celles-ci rares (15 à 20 par an), classiques d'intensité moyenne.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises d'intensité moyenne : 4 analyses — albumine notable.
Après 2 séries de 3 et 5 crises : 2 analyses — albumine légère.
Après 1 crise : 2 analyses — pas d'albumine.

XXXIV. — Claudine Dub..., 26 ans. Admise en 1890.

Microcéphalie. Idiotisme. Scoliose.

Épilepsie. Crises isolées et crises sériées, en rapport avec les règles. Rien de particulier à signaler dans les crises (80 à 100 par an environ).

Dans l'intervalle des crises :	2 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises d'intensité moyenne :	4 analyses — albumine notable.
Après 2 séries de 3 et 5 crises :	2 analyses — albumine légère.
Après 6 crises isolées moyennes :	6 analyses — pas d'albumine.

XXXV. — Léonie Di... 23 ans. Entrée en 1888.

Épilepsie. Début des crises comitiales à 7 ans, immédiatement après une légère frayeur.

Crises très nombreuses les premières années après son admission, par exemple, en 1891 : 45 crises diurnes, 287 nocturnes. Crises moins fréquentes depuis. En 1898 : 25 crises diurnes, 45 nocturnes. Crises se produisant surtout au moment des règles, extrêmement violentes, de durée très variable.

Dans l'intervalle des crises :	4 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise isolée :	1 analyse — albumine abondante.
Après 3 crises isolées :	3 analyses - albumine légère.
Après 1 crise isolée :	2 analyses — traces d'albumine.
Après 3 crises isolées	3 analyses — pas d'albumine

XXXVI. — Élisa Dur..., 22 ans. Entrée en octobre 1895.

Antécédents héréditaires : Antécédents nerveux, mais pas hérédité comitiale.

Histoire personnelle. Épilepsie. Première crise à 10 ans. Crises violentes, souvent sériées (1897 : 12 crises diurnes, 237 nocturnes ; 1898 : 14 crises diurnes, 132 crises nocturnes).

Dans l'intervalle des crises :	3 analyses — pas d'albumine.
Après 5 crises isolées :	5 analyses — pas d'albumine.
Après 1 série de 3 crises :	1 analyse - albumine légère.
Après 2 crises isolées :	2 analyses — albumine légère.

XXXVII. — Claudine C..., 72 ans. Hospitalisée en 1883.

Épilepsie. Crises ayant commencé avec l'établissement des règles, à 14 ans ; ayant presque complètement cessé avec la ménopause. Actuellement, 0 à 5 par an environ.

Dans l'intervalle des crises :	3 analyses — pas d'albumine.
Après une crise légère et courte :	2 analyses — traces d'albumine.

XXXVIII. — Louise Br..., 21 ans. Entrée au Perron en 1894.

Épilepsie. Début des crises à 5 ans. Crises nettement épileptiques, isolées, sériées, parfois état de mal. Crises violentes surtout nocturnes, extrêmement fréquentes : 700 à 800 par an ; vertiges nombreux : 150 à 200 par an, en moyenne.

Dans l'intervalle des crises :	3 analyses — pas d'albumine,

Après 4 crises isolées : 4 analyses — albumine abondante.
Après 2 séries de crises : 2 analyses — albumine abondante.
Après 7 criset isolées : 7 analyses -- traces d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses — pas d'albumine.
Après 1 série de crises légères : 1 analyse — pas d'albumine.

Dans cette observation, l'apparition et l'intensité de l'albuminurie paraît nettement être en rapport avec l'intensité des crises. Dans les crises sériées, elle est en rapport, non avec le nombre et la durée des crises formant la série, mais avec l'intensité de ces crises.

En résumé, 28 de nos malades épileptiques, — 16 hommes et 12 femmes, - ont présenté une albuminurie *transitoire, inconstante,* de durée et d'intensité variables avec chaque individu et avec chaque crise, après les attaques convulsives isolées ou en séries.

Au total : 28 malades.

75 analyses négatives faite dans l'intervalle des accès.
180 analyses faites après 172 crises ou séries de crises ; révélant la présence d'albumine dans l'urine après
95 crises ou séries de crises, soit 55 °/₀ des crises.

III. — *Maladies épileptiques dont l'urine ne contient pas d'albumine dans l'intervalle des crises convulsives, et qui présentent une albuminurie transitoire « paraissant » constante après.*

XXXIX. — Sarr..., 66 ans. Entré au Perron en 1897.

Épilepsie. Début tardif (50 ans). Pas de vertiges. Crises rares (1898 : 4 crises diurnes, 15 nocturnes), généralement violentes et longues.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses — albumine légère.

XL. — Pierre Vat..., 40 ans. Entré en avril 1884.

Antécédents héréditaires : Alcoolisme du père

Histoire personnelle : Fièvre typhoïde. Épilepsie. Première crise à 22 ans. Vertiges fréquents (1898 : 833). Crises rares, diurnes (1898 : 4).

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise violente et longue : 1 analyse — traces d'albumine.
Après i crise légère : 1 analyse — traces d'albumine.

XLI. — Didier Ch..., 48 ans. Hospitalisé en 1884.

Antédents héréditaires : Alcoolisme. Consanguinité.

Histoire personnelle : Épilepsie. Première crise à 5 ans, pendant convalescence de fièvre typhoïde. Crises peu fréquentes (1898 : 26. cr. d., 10 crises n.) Cri bref, pâleur extrême du visage, perte de connaissance, chute, convulsions toniques et clonique. Coma remplacé par une période d'agitation.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses - trace d'albumine.

XLII. — Charles Dug..., 55 ans.

Syphilis. Syphilis cérébrale. Epilepsie symptomatique. En 1898 : 53 crises diurnes, 10 crises nocturnes.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 2 cr. isolées, violentes, longues : 2 anal. — albu. considérable.
Après 1 crise légère longue : 1 analyse — traces d'album.

XLIII. — Victor Cl..., 17 ans. Entré en 1898.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique. Mère nerveuse. Un frère épileptique.

Histoire personnelle : Epilepsie. Crises classiques violentes, longues, surtout la période de coma.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.
Après 5 crises isolées d'intensité variable ; 5 analyses — album. légère.

XLIV. — Marie Ham..., 27 ans. Admise en 1888.

Antécédents héréditaires : Père épileptique et alcoolique.

Histoire personnelle : Asymétrie cranienne. Prognathisme très accentué. Epilepsie. Première crise à 15 ans, coïncidant avec l'établissement des règles. Crises en général sériées, quelquefois isolées, survenant soit avant, soit après les règles. En moyenne 30 à 40 crises par an.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 1 crise violente, longue : 1 analyse — albumine légère.
Après 4 crises isolées moyennes : 4 analyses — traces d'albumine.
Après 2 crises légères : 2 analyses — traces d'albumine.

XLV. — Rose-Anne Ja..., 53 ans. Entrée en 1884.

Épilepsie. Première crise à 24 ans. Longues périodes d'excitation. Crises psychiques (délire religieux, idées de persécution, etc.). Crises convulsives isolées, peu fréquentes, en général, violentes et longues.

Dans l'intervalle des crises : 2 analyses — pas d'albumine.
Après 4 crises isolées : 4 analyses — albumine assez abond.
Après 1 crise : 1 analyse — albumine légère.

XLVI. — Angèle B..., 67 ans. Au Perron depuis 1885.

Épilepsie symptomatique d'une lésion de l'hémisphère droit. Début des crises à 25 ans, coïncidant avec l'apparition tardive des règles. Crises peu fréquentes (25 à 30 par an), assez violentes, durant 10 à 15 minutes. Cri très perçant prolongé par un ronflement intense ; mouvements généralisés d'emblée, mais prédominant à droite (ce qui paraît tenir à l'hémiplégie infantile gauche présentée par la malade). Écume. Morsure de la langue et mixtion involontaire inconstante.

Dans l'intervalle des crises : 3 analyses — pas d'albumine.

Après 5 crises d'intensité variable : 5 analyses — album. assez abond.

En résumé, 8 de nos malades épileptiques — 5 hommes et 3 femmes — ont présenté une albuminurie transitoire après les crises convulsives ; albuminurie de durée et d'intensité variable, *paraissant* constante après chaque crise... paraissant, car le nombre de nos observations n'est pas assez considérable pour entraîner une conviction absolue au sujet de l'albuminurie présentée par ces malades.

Au total : 8 malades.
20 analyses négatives faites dans l'intervalle des crises.
38 analyses positives faites après.
37 crises ou séries de crises.
Albumine constante.

IV. — *Malades épileptiques présentant une albuminurie permanente du fait d'une lésion rénale et variations que les crises convulsives font subir à cette albuminurie.*

Quatre de nos malades seulement peuvent être inscrits ici :

XLVII. — Jules Goy..., 42 ans (1883), trois crises.
XLVIII. — Joséphine Man..., 45 ans (1891), 2 crises.
XLIX. — Catherine Ret..., 63 ans (1881), 5 crises.
L. — Brigitte Ch..., 27 ans (1889), 2 crises.

Le petit nombre des crises prises par ces malades et le nombre insuffisant des dosages faits après les crises ne nous permettent pas de tirer des conclusions de leur observation.

Il semble toutefois que la crise convulsive augmente la quantité habituellement contenue dans ces urines pathologiques.

Au total, l'albuminurie est un phénomène assez fréquent après les crises épileptiques. Si quelques malades ne nous ont pas paru présenter d'albuminurie post-paroxystique, d'autres en ont eu après toutes les crises observées et, dans la généralité des cas, nous avons vu le phénomène se produire dans la proportion de 55 % des crises.

Il peut évidemment y avoir là un élément de diagnostic qui n'est pas sans valeur. Sans parler des cas de simulation de l'épilepsie où la question reste à étudier complètement, l'albuminurie post-paroxystique pourra servir à différencier le mal comitial de l'hystérie dans certains cas douteux. En effet, quoique certains auteurs aient parlé de la possibilité de l'albuminurie hystérique post-critique, Gilles de la Tourette

dit avoir examiné plus de cent malades sans l'avoir jamais rencontrée et les recherches que nous avons faites nous-mêmes dans ce sens viennent à l'appui de cette opinion.

Quant aux causes prochaines de l'albuminurie post-épileptique, elles ont donné naissance à de nombreuses hypothèses, hypothèses en rapport avec l'idée que leurs auteurs se faisaient de la pathogénie de l'albuminurie en général. Il faut remarquer qu'il est difficile d'admettre ici des lésions permanentes de l'épithélium, en raison de la rapidité d'évolution du phénomène, puisque sa durée ne paraît guère dépasser 4 à 5 heures en moyenne ; tout au plus peut-on invoquer une sorte de prédisposition individuelle, de résistance moindre de l'organe rénal le rendant temporairement incapable du travail exagéré auquel il est soumis du fait de la crise.

Voici les principales conditions que l'on peut considérer comme actives dans la production de cette albuminurie.

On peut d'abord invoquer une action nerveuse simple : les décharges nerveuses agissent violemment sur le bulbe et donnent l'albuminurie par le mécanisme bien connu depuis l'expérience de Claude Bernard de la piqûre du plancher du 4e ventricule ; les excitations seraient directes pour les uns, se réfléchiraient de l'écorce sur le bulbe pour le plus grand nombre.

On peut concevoir également que les convulsions épileptiques elles-mêmes détermineront dans les muscles une superproduction de déchets toxiques dont l'élimination irritera le rein et produira l'albuminurie. On sait qu'il ne s'agit pas là seulement d'une hypothèse et qu'expérimentalement on peut produire l'albuminurie par les injections d'urée, d'acide urique, de leucine, tyrosine, créatine, etc. Galante attribue beaucoup d'importance à ce mode pathogénique et invoque aussi les résorptions de toxines intestinales. Il fait également intervenir l'élévation de température, l'élimination d'eau par le poumon et la peau, conditions qui en diminuant la quantité d'eau de l'urine rendraient son action toxique sur le rein plus active.

Sans nier l'importance de ces données nous pensons cependant que c'est dans les modifications de la circulation qu'il faut chercher les causes les plus actives de l'albuminurie post-épileptique. Nous avons fait la même remarque que MM. Voisin et Péron : ce sont les malades cyanosés qui ont de l'albumine dans les urines après la crise : c'est là un fait d'observation très frappant. Il n'est d'ailleurs pas très étonnant, car les conditions de la circulation sont, dans la phase asphyxique de l'attaque épileptique, celles que les travaux de Stokvis, de Runeberg, de Lépine, etc., indiquent comme les plus favorables à la production de l'albuminurie.

Il faut d'abord faire intervenir pendant la phase tonique de l'accès, l'arrêt respiratoire dans la position d'expiration forcée qui favorise au maximum l'apparition des phénomènes de stase circulatoire dans tout le système veineux. Il suffit de rappeler que Schreiber a pu déterminer une albuminurie passagère chez des sujets sains par la seule constriction de la poitrine ou même de la moitié de la cage thoracique.

On ne doit pas d'ailleurs se contenter de chercher dans le spasme glottique et l'arrêt respiratoire, dans le phénomène de l'effort thoraco-abdominal et dans les phénomènes concomittants de l'asphyxie, la seule raison de l'albuminurie post-paroxystique. Les recherches expérimentales de François Franck ont en effet démontré qu'il y a, pendant la phase tonique des accès, une action directe sur le cœur qui se produit même lorsque l'animal est trachéotomisé : le cœur se ralentit considérablement et il y a consécutivement une stase dans le système cave qui se propage jusqu'aux petites veines de la périphérie comme à celles du rein et que l'on peut constater directement dans les veines du fond de l'œil, etc. Ce n'est qu'au moment de la phase clonique que le cœur s'accélère, mais à ce moment l'asphyxie et la cyanose sont encore portées à un haut degré.

Il faut ajouter à tout ceci l'élévation notable de la pression artérielle bien connue depuis les recherches de Vulpian, de Lépine et de Bochefontaine, de Danilewski, de Fr. Frank, etc.

Ce dernier conclut d'une façon ferme que « l'élévation de la pression artérielle s'observe d'une façon à peu près constante aussi bien dans les accès exclusivement cloniques que dans la période clonique des accès complets. » La pression est également très élevée pendant la phase de ralentissement du cœur à la période tonique.

En somme, c'est à ces conditions multiples agissant sur la circulation avec une valeur variable suivant les cas, asphyxie par spasme glottique et effort thoraco-abdominal, ralentissement du cœur et haute tension veineuse alors que la pression artérielle est considérablement augmentée, que nous attribuons le rôle le plus actif dans la production de l'albuminurie post-épileptique.

Nous conclurons donc :

1° Nos recherches qui ont porté sur 50 malades et ont donné lieu à près de 400 analyses montrent chez la majorité des épileptiques une albuminurie transitoire après les crises convulsives ou les séries de crises.

2° Cette albuminurie existe après 55 °/° des crises : c'est un phénomène facile à constater, mais fugace puisqu'il est en rapport avec les conditions de la crise elle-même. Certains malades paraissent n'avoir jamais, les autres avoir toujours de l'albuminurie après les crises.

3° La constatation de l'albumine dans l'urine après les crises peut acquérir dans quelques cas une certaine importance diagnostique.

4° Les conditions de son apparition peuvent être multiples, mais les plus importantes sont incontestablement les troubles circulatoires, car l'albuminurie paraît nettement dépendre de l'intensité de la phase asphyxique. Le ralentissement du cœur dans la période tonique avec constriction vasomotrice et la haute pression qui en résulte dans le système veineux sont les conditions mécaniques les plus favorables au passage de l'albumine à travers le filtre rénal.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Russell-Reynolds. — *On Epilepsy*. London, 1861.

(2) E. Sailly. — *Y a-t-il de l'albuminurie dans l'épilepsie ?* (Conséquences au point de vue du diagnostic avec l'éclampsie). Thèse de Paris, 1861.

(3) Sieveking. — *On Epilepsy*, etc. London, 1864.

(4) Ferd. Karrer. — *Zur Albuminurie bei Epilepsie.* (Berliner klinische Wochenschrift, 1875, nº 27, s. 372).

(5) Richter. — *Ueber das Vorkommen von Eiweiss im Urin paralytisch erkrankten Irren.* (Archiv für Psychiatrie, Bd. VI, 564-567, 1876).

(6) Bourneville. — *Recherches cliniques sur l'épilepsie et l'hystérie.* Paris, 1876.

(7) Von Rabenau. — *Ueber Albuminurie bei paralytischen Geisteskranken.* (Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Bd. VII, 218-223, 1877.)

(8) Mabille. — *Recherche de l'albumine dans l'urine des épileptiques.* (Annales médico-psychol., 6e série, t. IV, p. 415, nov. 1880.)

(9) J. Christian. — *Y a-t-il de l'albumine dans l'urine des épileptiques ?* (Annales médico-psychologiques, 6e série, t. V, p. 191, mars 1881.)

Voir aussi *Épilepsie et folie épileptique*, Bruxelles, 1890.

(10) Saundby. — *On the Albuminuria of Epilepsy.* (Medical Times and Gaz., 1882.)

(11) W.-R. Gowers. — Traduction Albert Carrier (de Lyon). *De l'épilepsie.* Paris, Masson, 1883, p. 170.

(12) Ebstein. — Cité par H. Eichhorst.

(13) Seyfert. — *Dublin quaterly Journal of medecine*, t. XVIII, 1874.

(14) H. de With. — *Albuminuria as a symptom of the epileptic paroxysm.* (The American Journal of the med. sc., avril 1875.)

(15) Max Huppert. — *Albuminurie, ein Symptom des epileptischen Anfalls.* (Wirchow's Archiv, Bd. 59, 1874. s. 367-395.

Max Huppert. — *Die Albuminurie nach dem epileptischen, und paralytischen Anffall.* (Arch. für Psych. und Nervenkr., Bd. VII, s. 189, 1877.)

(16) S. Rabow. — *Beitrag zur Kenntniss, der Beschaffenheit des Harns bei Geisteskranken.* (Archiv für Psych. und Nervenkr., Bd. VII, s. 62-79.)

(17) Kleudgen. — *Albuminurie, ein Symptom des epileptischen Anfalls ?* (Archiv für Psych. und Nervenkr., Bd. XI, 1880, s. 478-506.)

(18) Bazin. — *De l'albuminurie dans l'épilepsie.* Th. de Paris, 1868.

(19) Otto. — *Zur Albuminurie als Symptom des epileptischen Anfalls.* (Berliner klin. Woch., nº 42, 1876. s. 609.)

(20) C. Fürstner. — *Ueber Albuminurie bei Alcoholisten.* (Archiv für Psychiatrie, Bd. VI, 755-764, 1876.)

(21) Emilie Bowell. — *De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie.* (Thèse de Paris, 1877.)

(22) Adolf Kühn. — *Ueber die durch den typischen Krampfanfall bedingten Modificationen der Urinmenge..... im Urin Epileptischer.* (Deuts. Archiv für Klin. Medicin, Bd. 22, s. 211, 1878).

(23) Fiori. — *L'albuminurie comme symptôme de l'accès épileptique.* (Italia medica, 1881, et Archives de neurologie, 1882, p. 224.)

(24) F. Hallager. — *De l'albuminurie post-épileptique.* Nordiskt med Arkiv., XXI, n° 17, 1889, et Revue des sciences médicales, XXXVI, p. 236.)

A. Haig — *Beitrag zu der Beziehung zwischen gewissen Formen von Epilepsie und der Ausscheidung von Harnsaure.* (Neurologisches Centralblatt, 1888, s. 127.)

(25) Nothnagel. — *Ziemssens Handbuch,* art. *Epilepsia.*

(26) J. Voisin et A. Perron. — *Recherches sur l'albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques.* (Arch. de neurologie, t. XXIII, 1892, n° 69, p. 353.)

Voir aussi Voisin : *L'épilepsie,* Paris, 1898.

(27) Carrier. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie.* Lyon, 1883, p. 26.

(28) Turner. — Cité par Galante.

(29) Berger. — Cité par Galante.

(30) Binswanger. — Cité par Galante.

(31) Koppen. — Cité par Galante.

(32) Bruninghausen. — Cité par Galante.

(33) Bleile. — *L'urine dans l'épilepsie.* (New-York medical Journal, 8 mai 1897.)

(34) Pio Galante. — *Sull'albuminuria post-epilettica.* (La Riforma medica, 1898, II, n^{er} 20 et 21.)

Sclérose en plaques médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule

Par les Drs M. Lannois et J. Paviot, agrégés à la Faculté de Lyon

Nous avons suivi pendant plusieurs années une malade dont l'histoire clinique nous avait paru intéressante en raison de la coexistence d'une lésion tuberculeuse ancienne de l'épaule et de symptômes paralytiques longtemps limités au côté droit. Des phénomènes bulbaires étant survenus qui amenèrent la mort dans une crise de suffocation, nous avons trouvé à l'autopsie une sclérose en plaques médullaire. Nous rapportons ce fait comme un document intéressant dans l'histoire de la sclérose en plaques.

Observation. — *Arthrite tuberculeuse ancienne de l'épaule droite.— Hémiplégie droite à évolution progressive, avec intégrité de la face, exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. — Mort par phénomènes bulbaires. — A l'autopsie : Sclérose en plaques médullaire.*

La nommée Benoîte Court..., tisseuse, âgée de quarante-six ans au moment de son entrée dans le service, le 11 novembre 1896, morte le 28 octobre 1898.

Père mort à quarante-huit ans, de pneumonie ; mère morte subite-

ment à soixante-cinq ans. Un frère mort à cinq ans, de maladie inconnue; un autre à vingt-neuf ans, de phtisie; trois sœurs en bonne santé.

Nie l'alcoolisme. Pas de syphilis. Réglée à dix-huit ans, toujours régulièrement. A douze ans, une otorrhée double qui dura trois mois et la laissa dure d'oreilles, n'entendant la montre qu'au contact à droite, qu'à 5 centimètres à gauche.

Pas d'autre maladie sérieuse; elle était nerveuse, anémique et toussait facilement: elle eut à plusieurs reprises et notamment à vingt ans des bronchites tenaces. — Elle dit aussi avoir eu fréquemment, toute sa vie, des douleurs plus ou moins passagères dans les articulations.

A l'âge de dix-huit ans, à la suite d'un traumatisme de l'épaule droite, elle conserve de la douleur dans l'articulation, puis surviennent des craquements et de la raideur. Le Dr Mollière la traite comme atteinte d'arthrite sèche et fait de la mobilisation sous anesthésie. M. Gayet fait ensuite pratiquer l'immobilisation avec un appareil. C'est peu après que l'articulation se met à suppurer. Depuis lors la suppuration ne s'est jamais tarie complètement; il se fit des trajets fistuleux et lorsque l'un d'eux se fermait, il s'en ouvrait un autre.

Elle ne réclama d'ailleurs pas de soins pour cette arthrite suppurante, et malgré l'ankylose de l'épaule elle put continuer à travailler, bien qu'avec peine. A quarante ans, elle quitta son métier et entra dans un café, où elle restait plus de trois heures par jour dans une cave humide; elle s'aperçut bientôt qu'elle marchait avec peine lorsqu'elle en sortait.

Deux ans environ avant son entrée, cette gêne de la marche s'accentua assez rapidement à la suite d'une promenade trop longue qui l'avait fatiguée : la parésie portait uniquement sur la jambe droite et s'étendit assez rapidement à tout le côté droit. La malade est affirmative sur ce point qu'il n'y a jamais eu d'ictus et qu'elle n'a jamais rien éprouvé du côté de la face.

A son entrée, la malade a la démarche d'une hémiplégie droite. A l'examen on constate une impotence généralisée de tout le membre inférieur, la paralysie portant plus spécialement sur les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, sur les fléchisseurs du pied sur la jambe, sur les extenseurs des orteils. Le membre inférieur est tout entier un peu raide et on fléchit difficilement les articulations. Il n'y a peu d'atrophie par rapport à l'autre côté; aux mêmes niveaux, on trouve des deux côtés une circonférence de 44 centimètres et demi pour les cuisses, de 28 et demi pour les mollets.

Au membre supérieur droit on constate d'abord l'ankylose complète de l'humérus avec l'omoplate et la clavicule, l'existence le 8 ou 10 cicatrices déprimées et la présence de deux trajets fistuleux, l'un en avant, l'autre en arrière, recouverts de croûtes squameuses au-dessous desquelles suinte un liquide sanieux : il est impossible d'introduire la main dans l'aisselle.—

L'impotence est également très marquée ; la malade peut faire avec la main presque tous les mouvements, mais sans force ; elle tient mal les objets qu'on lui met dans la main et parfois les laisse tomber. — Il n'y a pas d'atrophie marquée à l'avant-bras (18 c. 1/2 à droite et 19 à gauche), mais il y a un bon centimètre de différence pour le bras (21 c. 1/2 et 22 c. 1/2), ce qui peut être rapporté à l'arthrite.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés, mais surtout à droite où on obtient aussi très facilement le phénomène du genou et de la trépidation épileptoïde du pied. A gauche on n'a que quelques secousses de trépidation épileptoïde. Il semble que la jambe gauche va aussi en s'affaiblissant lentement.

Absolument rien du côté de la face, de la langue, du voile, du palais.

La colonne vertébrale est indemne de toute lésion.

Aucun trouble de la sensibilité : pas de troubles trophiques bien marqués, sauf un aspect lisse des doigts de la main droite. La malade dit que la main deviendrait parfois très enflée.

La malade résiste mal aux tentatives de flexion et d'extension forcées elle serre à peu près également des deux mains et, au dynamomètre, donne 19 à droite et 20 à gauche.

La malade est triste et pleure facilement, mais n'est pas autrement neurasthénique ; pas de céphalalgie.

Rien du côté des yeux. Pour les oreilles, la surdité signalée plus haut est en rapport avec des cicatrices des tympans.

Pas d'albumine ni du sucre. — Rien au cœur.

Aux deux sommets, on trouve des signes de tuberculose fibreuse : submatité, respiration rude et soufflante, avec quelques craquements fins dans les fosses sus-épineuses, surtout à gauche.

Le lendemain de son entrée la malade prend une courte syncope : elle dit être sujette à cet accident.

Elle fit un assez long séjour à l'hôpital, sans qu'il se produisit d'incident notable : elle en sortit deux fois dans un état relativement satisfaisant.

A l'une de ses rentrées, en novembre 1897, on note qu'elle a parfois dans les cous-de-pied et les genoux des douleurs à caractère fulgurant, avec un sursaut du membre : cette secousse douloureuse est généralement unique. Elle dit avoir parfois la même secousse dans le bas-ventre. Enfin depuis quelques mois elle aurait une sensation de constriction permanente au niveau de la ceinture. Il n'y a toujours ni troubles de la sensibilité, ni troubles des sphincters.

Elle dit avoir quelques sensations de vertiges.

Au commencement du mois de mai 1898, elle est prise assez brusquement, au milieu de la nuit, d'une oppression considérable et elle a une syncope pendant que l'interne de garde lui faisait apppliquer des ven-

touses : elle raconte alors que les six nuits précédentes elle a déjà eu une sensation d'oppression qui la forçait à s'asseoir dans son lit et même à se lever. Bien qu'elle se considère comme guérie, elle a 40 respirations à la minute, bruyantes et pénibles.

Le pouls est à 104. L'auscultation ne donne pas la raison de cette dyspnée, qui fait l'impression d'être d'origine bulbaire, car les signes pulmonaires n'ont pas augmenté.

La malade dit que depuis quelques semaines elle a un peu de raideur et de diminution de force dans le bras gauche, jusqu'alors indemne : de fait, elle résiste mal aux mouvements provoqués, mais elle donne facilement 30 au dynamomètre (ce dynamomètre est beaucoup plus doux que celui qui a servi au début). La main gauche est sèche, à peau luisante et comme écailleuse, surtout au niveau des doigts.

Un examen très attentif de la malade fut répété, à plusieurs reprises, dans les mois qui suivirent, notamment au mois d'août par le Dr J. Roux, sans révéler d'autre symptôme important ; l'allure générale de la malade était celle d'une hémiplégique droite sans participation de la face, sans troubles objectifs de la sensibilité, etc.

L'observation insiste sur l'aspect lisse et œdématié de la main droite, sans troubles trophiques des ongles, sur l'atrophie musculaire qui n'a pas varié depuis le début, etc. On note une très légère inégalité pupillaire, la droite étant plus petite que la gauche, avec réaction normale à la lumière et à l'accommodation, acuité visuelle normale, absence d'achromatopsie, etc. Il n'y a pas de nystagmus. Il est à noter qu'au début elle avait paru avoir quelques secousses nystagmiformes très passagères dans les mouvements de latéralité, mais qu'il n'avaient jamais été retrouvés.

Le 22 octobre 1898, on note que la malade a eu la veille au soir une crise très violente d'oppression avec accélération considérable des mouvements respiratoires. La température est un peu élevée : elle a eu 38°,5 avant-hier soir, 38° hier matin, 38°,8 hier soir. Ce matin la température est à 37°,5. La malade est très abattue et, phénomène nouveau, présente une rétention d'urine qui nécessite l'emploi de la sonde ; pas d'albumine dans l'urine retirée.

Ces phénomènes alarmants n'avaient duré qu'un jour, puis tout était rentré dans l'ordre lorsque le 27 octobre, à six heures du soir, la malade succomba brusquement dans un accès d'étouffement que rien n'avait annoncé.

Autopsie le 29 octobre, quarante heures après la mort. — Le *poumon* droit pèse 720 grammes et le gauche 630. Adhérences étendues mais lâches de tout le poumon droit : pas de poussée granulique. Noyaux tuberculeux anciens, fibreux et crétacés, aux deux sommets, prédominant à gauche.

Le *cœur* est rouge, pèse 360 grammes. L'aorte est petite, avec une couronne de plaques calcaires à sa base, englobant les orifices des coronaires, qui sont cependant béantes et souples.

Rien au foie : 1370 grammes.

La *rate* est volumineuse, pèse 260 grammes, et présente une grosse plaque de périspléniste à sa partie supérieure. — Les *reins* sont petits, ne pesant ensemble que 240 grammes, et présentent un degré assez net de sclérose corticale.

Le *cerveau* pèse 1130 grammes. Il n'y a pas d'œdème cérébral, mais plutôt un aspect sec et gris des méninges, qui sont assez difficiles à enlever, sans toutefois entraîner avec elles aucune parcelle de l'écorce cérébrale. — Un examen attentif de l'écorce et des coupes ne fait découvrir aucune lésion ni dans le cerveau, ni dans la protubérance, ni dans le cervelet.

Du côté de la *moelle*, à la section de la colonne vertébrale, aussi bien qu'après l'enlèvement de la moelle elle-même, on ne constate aucune trace de tuberculose des vertèbres. Il n'y a pas non plus de pachy-méningite ni interne ni externe dans toute la longueur du canal rachidien.

Après la section des méninges on constate immédiatement sur la région dorsale de petits points grisâtres, d'aspect gélatineux, au nombre de 5 ou 6, allongés dans le sens vertical ayant au maximum 6 à 8 millimètres de longueur sur 3 de largeur. Trois d'entre eux, sectionnés transversalement, se montrèrent manifestement en rapport avec les faisceaux pyramidaux dégénérés et présentant le même aspect gris, un peu rosé, gélatineux.

Cette lésion de la substance blanche, très visible à l'œil nu sur les coupes, se montrait d'ailleurs avec les localisations très diverses. Sur une coupe du renflement cervical, presque toute la moelle avait pris cet aspect gélatineux gris rosé et il restait à peine un peu de substance médullaire ayant conservé l'aspect blanc ordinaire. Sur une coupe de la moelle cervicale, la lésion très diffuse semblait prédominer sur les cordons postérieurs ; à la région dorsale à quelques centimètres d'une grosse plaque des cordons latéraux, on ne voyait plus aucune lésion à l'œil nu. Enfin sur une coupe du renflement lombaire on ne retrouvait plus qu'une lésion limitée et presque centrale.

Rien de particulier sur les racines, non plus que sur les branches du plexus brachial droit (sauf peut-être un peu d'augmentation de volume) sur le médian, le radial et le sciatique droit.

Les muscles du bras et du membre inférieur paraissent sains. — Lésions d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule droite, surtout de la tête de l'humérus.

Examen histologique. — A. Moelle. Il en fut prélevé pour l'examen histologique : *a.* portion supérieure de la moelle cervicale (traitée par la méthode de Marchi ; — *b.* portion supérieure du renflement cervical (traitée par le Marchi) ; -*c.* portion inférieure du renflement cervical (traitée par le Nissl) ; — *d.* un fragment du renflement lombaire (traité par le Nissl) ; — *e.* le bulbe (traité par le Nissl).

— La méthode de Marchi montra dans la *portion supérieure de la moelle* cervicale une double tache scléreuse symétrique, occupant presque tout le cordon latéral, c'est-à-dire ne respectant que le pyramidal croisé ; cette tache où toute myéline, normale ou en grains noirs, a disparu, respecte à peu près la totalité du faisceau antérieur. Dans les cordons postérieurs une tache, symétrique aussi, s'étend de la périphérie de la moelle jusqu'à la commissure grise ; elle est limitée en dehors par deux lignes antéro-postérieures, qui partant à peu près du bord externe du faisceau de Goll rejoignent les cornes postérieures, si bien que la tache est médiane et rectangulaire ; en somme il n'y a qu'une minime partie, à forme triangulaire, du faisceau de Burdach qui ne soit pas intéressée.

A la *partie supérieure du renflement* cervical, il y a une grosse tache, à droite, qui ne respecte dans le cordon latéral que la zone du faisceau de Gowers. A gauche sont 2 ou 3 traînées blanches, rayonnées de la périphérie au centre de la moelle.

En somme aucune distribution systématique, et changement dans cette distribution à une courte distance.

— Ces taches doivent être anciennes car le Marchi n'y fait découvrir de grains noirs qu'à leur périphérie

— Après une imprégnation suffisante du reste de la moelle par le liquide de Müller, nous nous sommes aisément rendu compte par les coupes transversales (nécessitées par le durcissement lui-même), que sur la hauteur de la moelle dorsale on pouvait trouver des taches analogues, bien différenciées par l'imprégnation du Müller. Ici c'est une tache tranchant par sa blancheur, occupant la partie antéro-externe de la moitié droite de la moelle ; plus bas ce sera une tache analogue, mais dans la moitié gauche; ailleurs encore ce sera une petite tache blanche symétrique, triangulaire, à cheval sur le sillon médian postérieur. Chacune de ces taches occupe une petite hauteur sur la longueur de la moelle, rarement plus de un centimètre et demi ; extérieurement elles sont visibles et reconnaissables à travers la pie-mère.

Donc à n'en pas douter, les résultats nécropsiques, ceux de la méthode de Marchi, et l'examen de la moelle suffisamment imprégnée par le Müller prouvent l'existence d'une sclérose en plaque, dont les taches, plus confluentes dans la moelle cervicale, apparaissent néanmoins sur toute la longueur de la moelle.

— La *partie inférieure du renflement* cervical traitée à la méthode de Nissl et aussi au picro-carmin, nous ont montré une tache unilatérale, triangulaire sur les coupes occupant toute la place du cordon latéral. Dans cette tache un premier fait frappe ; c'est une infiltration embryonnaire autour de chaque artériole et même de chaque capillaire pénétrant dans la tache. Les grains névrogliques y paraissent notablement augmentés et au carmin le feutrage névroglique y est nettement densifié. Le carmin

ne permet pas d'y voir les cylindraxes. Dans la partie de la corne antérieure adjacente à la tache, les cellules pyramidales offrent tous les degrés d'atrophie.

L'infiltration des gaines lymphatiques de Robin, moins marquée il est vrai, se rencontre aussi ailleurs, que dans la plaque de sclérose; toutes les artérioles de la substance blanche ou grise l'offrent plus ou moins, et même sur plusieurs coupes on rencontre une spinale antérieure, coupée en travers, qui présente un double croissant de petites cellules rondes dans son adventice.

Le *renflement lombaire* traité aussi au Nissl et au carmin, pour ne pas présenter de taches intenses et isolables, offre néanmoins, quoique à un degré moindre, cette infiltration péri-vasculaire.

— De même dans les parties du *bulbe* soumises aux coupes, nous n'avons pu voir de taches isolées; mais chaque artériole et chaque capillaire attire immédiatement l'œil par l'infiltration embryonnaire qui l'entoure. D'un côté les cellules du noyau de l'hypoglosse offrent un atrophie manifeste; et de ce même côté les belles cellules du noyau ambigu ont presque disparu.

— *b*. Un fragment du *plexus brachial* (traité une partie à l'acide osmique, une autre au Müller, par le carmin et par le Pal) n'offre rien à noter ni du côté des gaines de myéline qui sont intactes, ni du tissu conjonctif fasciculant des nerfs.

— *c*. Un fragment du *médian* soumis aux mêmes colorations nous a paru intact.

La coloration des coupes (durcies aux alcools successifs et incluses à la celloïdine) *au Ziehl* ne nous a mis en vue aucune figure bacillaire. Résultat négatif, d'ailleurs sans valeur, étant donnés l'ancienneté et le passage prolongé dans l'alcool toujours défavorable pour la recherche des bacilles.

En résumé, on voit qu'il s'agit dans ce cas d'une sclérose en plaques médullaire développée chez une malade qui présentait une arthrite tuberculeuse de l'épaule à évolution lente, presque torpide, sclérose en plaques qui ne s'était traduite, pendant un temps fort long, que par une hémiplégie, et qui s'est terminée par des phénomènes bulbaires.

Cette observation nous paraît présenter quelques particularités qui méritent d'être mises en relief. C'est d'abord la prédominance presque exclusive des phénomènes hémiplégiques pendant plusieurs années. L'hémiplégie de la sclérose en plaques, telle que nous l'ont bien fait connaître les travaux

de Babinski, de Bl. Edwards, de P. Marie, etc., est le plus souvent une hémiplégie qui survient après un ictus, qui est passagère, qui récidive : certains cas ont pu être attribués à de l'hystérie surajoutée, G. Guinon ayant démontré que la sclérose en plaques était fréquemment un des agents provocateurs de l'hystérie. Ici rien de semblable : l'hémiplégie droite avec intégrité de la face s'installant lentement et progressivement, sans ictus, sans troubles de la sensibilité, ayant un caractère spasmodique assez accentué, ne s'accompagnant que très tardivement de quelques troubles du côté gauche et de phénomènes bulbaires, constituait toute la symptomatologie.

Les faits de ce genre sont donc rares et donnent lieu à des difficultés de diagnostic très sérieuses. C'est ainsi que chez notre malade on aurait pu penser à une grosse lésion cérébrale, à une tumeur tuberculeuse par exemple, étant donnée son arthrite de l'épaule, hypothèse à laquelle l'intégrité de la face, l'absence d'ictus, de troubles oculaires, de vertiges, etc., ne permettaient pas de s'arrêter. — Il n'y avait pas non plus de signes permettant de croire à l'existence d'une grosse lésion tuberculeuse du rachis ou des méninges médullaires. — L'hypothèse qui nous avait paru la plus probable était celle d'une névrite ayant remonté le long des nerfs à leur passage dans les tissus malades de l'épaule et ayant déterminé dans la moelle une lésion irritative plus ou moins diffusée. Il a fallu arriver jusqu'à l'autopsie et au séjour de la moelle dans le liquide de Müller pour nous convaincre qu'il s'agissait bien là d'une sclérose en plaques.

Nous renvoyons à notre description histologique pour ce qui concerne les plaques de cette sclérose. Insistons seulement en passant sur l'intensité des lésions vasculaires qui indique bien leur importance pathogénique dans ce cas. C'est ainsi que nous n'avons trouvé du côté du bulbe que des lésions vasculaires, et aussi quelques lésions des cellules, mais pas de plaques, bien que la malade ait succombé brusquement à des troubles bulbaires.

Le dernier point qui nous parait mériter de retenir

l'attention est le rapport à établir entre la lésion tuberculeuse de l'épaule et la lésion de sclérose médullaire. On sait que Kahler et Pick, Charcot, et surtout P. Marie, ont insisté sur le rôle des infections dans la pathogénie de la sclérose en plaques : on a vu celle-ci survenir à la suite de la fièvre typhoïde, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, de la dysenterie, du choléra, etc. Notre cas montre qu'à cette longue liste il convient d'ajouter la tuberculose articulaire, car il ne nous paraît pas douteux que la sclérose ne fût ici sous la dépendance de la lésion de l'épaule. Sans faire intervenir un microbe hypothétique, il est permis de penser qu'il y avait là une fabrique permanente de toxines dont la résorption est devenue l'agent actif de la sclérose névroglique médullaire.

L'Article 1384 du Code civil et la responsabilité civile des Directeurs-Médecins

Par le Dr Samuel GARNIER, Directeur-Médecin de l'Asile de Dijon.

Je fus commis, dans les premiers jours du mois de mai 1897, par la Cour d'Appel de Besançon pour examiner l'état mental d'un certain Faivre Charlier, inculpé d'escroqueries et de filouteries d'aliments, et me prononcer sur sa responsabilité. Le prévenu, qui avait été conduit à l'Asile que je dirigeais alors, fut placé par moi au quartier des agités, sous la surveillance des gardiens qui ne devaient pas le perdre de vue, l'observer et empêcher son évasion. Dès que je fus fixé sur sa véritable mentalité, je l'autorisai à exercer, dans l'intérieur du quartier, son métier de plâtrier-peintre, toutes les fournitures nécessaires devant être mises à sa disposition sur place. Les choses étaient ainsi réglées et j'étais en train de rédiger mon rapport médico-légal qui conclut à la responsabilité entière du prévenu, à la date ultérieure du 23 juin, lorsque le 16 juin arriva l'aventure suivante. Un des gardiens préposés à sa surveillance, pensant sans doute me jouer un bon tour (il n'y réussit d'ailleurs que trop bien), en se vengeant ainsi d'une

punition encourue pour ivresse dans le service, fit, au mépris de tous ses devoirs et à l'aide d'un subterfuge, sortir mon délinquant de son quartier et ensuite de l'Etablissement, pour aller boire avec lui dans les cabarets du voisinage. Vers le milieu de l'après-midi. nos deux hommes étaient abominablement gris, comme il était facile de le prévoir, et ils eurent des difficultés dans une guinguette, lieu habituel de pélerinage des citadins Dolois, avec des habitués de l'endroit. Une bousculade s'ensuivit dans laquelle notre inculpé, qui s'était affublé du képi du gardien déserteur de son poste, porta et reçut quelques horions insignifiants. L'affaire négligeable en somme se fut apaisée d'elle-même, si des personnes que je ne veux pas qualifier, ayant appris qu'il ne s'agissait pas en réalité d'un gardien de l'Asile, mais d'un individuqu i s'y trouvait colloqué, et mises en appétit par la suite donnée à l'affaire Colin, n'eûssent incité les pseudo-victimes de la bousculade, à porter plainte.

Je passe sur les détails d'une enquête menée bon train et j'arrive de suite aux conséquences qui se produisirent.

Des poursuites furent immédiatement intentées contre le prévenu que j'avais déclaré entièrement responsable et qui, depuis, avait réintégré la prison. On laissa le gardien coupable de côté et, à la requête du Ministère public, je reçus, pour mon compte, une assignation à comparaître devant le Tribunal, comme civilement responsable des faits et gestes de Faivre Charlier, en vertu de l'article 1384 du Code civil. Cet article est ainsi conçu :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde.

« Le père et la mère, après le décès du mari, sont responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

« Les maîtres et les commettants du dommage causé par

leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés.

« Les instituteurs et les artisans du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

« La responsabilité ci-dessus a lieu à moins que les père et mère, instituteurs et artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité. »

La manière insolite dont l'affaire me parut engagée vis-à-vis de moi, me laissa si peu de doutes sur une issue défavorable à ma cause, que je jugeai inutile de confier les intérêts de ma défense à un avocat et je me bornai à déposer les conclusions assez explicites suivantes :

« Attendu que le Dr Garnier est poursuivi non comme co-auteur ou complice d'un délit, mais comme civilement responsable des faits reprochés à Faivre Charlier. Qu'ainsi il ne s'agit point de savoir s'il aurait pu surveiller plus étroitement le prévenu, mais bien s'il se trouve dans un des cas de responsabilité prévus par la loi ;

Attendu que ces cas sont strictement déterminés et ne sauraient être étendus au-delà des limites dans lesquelles le législateur lui-même les a enfermés. Qu'en effet, en principe, chacun ne répond que de son propre fait et que la responsabilité du fait d'autrui ne peut exister qu'en vertu d'une disposition de loi positive et expresse (Le Sellyer, *De la criminalité et de la pénalité*, tome II, p. 133, n° 471. Toulliez, tome II, n° 258. Chauveau et Hélie, tom. 2 p. 284 et 298. Blanche, tome II, n° 374);

Attendu en fait qu'il ne s'agit pas d'un aliéné placé sous la surveillance du Directeur d'un Etablissement ; que Faivre Charlier est *mentis compos* et absolument responsable de ses actes ; que dès lors le Dr Garnier ne saurait répondre des faits commis par lui, ni directement, ni à raison de la négligence que ses préposés, les gardiens de l'Etablissement de St-Ylie auraient mise à le surveiller ;

Attendu en outre que le Dr Garnier n'est dans aucun des cas où une personne peut être déclarée responsable du fait d'un autre, n'étant ni père, ni maître, ni commettant, ni instituteur, ni artisan par rapport au prévenu ; que les gardiens de l'Asile ne le sont pas davantage, que la poursuite n'est donc pas fondée et que le concluant doit être renvoyé sans dépens,

Plaise au Tribunal, par ces motifs, dire que le Dr Garnier ne saurait à aucun titre être déclaré responsable des faits au sujet desquels Faivre Charlier est poursuivi et le renvoyer sans dépens. »

Le Tribunal y répondit dans la huitaine par le jugement ci-après (9 juillet 1897) :

« Attendu que M. Garnier, commis par un arrêt de la Cour d'Appel de Besançon, à l'effet d'examiner l'état mental du prévenu, déclare dans un rapport médico-légal en date du 23 juin dernier que Faivre est responsable des actes qu'il commet ;

Que d'autre part les dépositions des témoins démontrent que le 16 juin le prévenu a exercé des violences contre les nommés Cantenot et Pernot, et qu'il leur a volontairement porté des coups ; qu'il a ainsi contrevenu aux dispositions de l'article 311 du Code pénal ;

En ce qui concerne la responsabilité civile édictée par l'article 1384 du Code civil :

Attendu que Faivre avait été placé en observation à l'Asile de St-Ylie, dont Garnier a la direction, que depuis son entrée à l'Asile, en mai 1897, Faivre y était assimilé à un malade et s'y trouvait sous la garde du Directeur ;

Qu'aux termes de l'Ordonnance du 18 décembre 1839, la nomination et la révocation des gardiens appartient exclusivement aux Directeurs de ces sortes d'Etablissements ; que c'est donc à lui que remonte et sur lui que s'arrête et se précise la responsabilité du personnel qu'il a choisi ;

Que d'après les principes du droit il doit être considéré comme responble de ses commettants ;

Attendu qu'en laissant sortir de l'Asile un malade ou censé tel, sous la surveillance insuffisante du gardien Jodelet, Garnier a commis un double quasi délit,

Par ces motifs,

Condame Faivre à 100 francs d'amende et aux dépens, déclare Garnier civilement responsable. »

Ce jugement contenait en premier lieu une grave erreur de fait ; à savoir que j'avais laissé sortir de l'Etablissement un malade ou censé tel, sous la surveillance insuffisante d'un gardien, alors qu'en réalité celui-ci avait, au contraire, manqué gravement à ses devoirs, d'abord en quittant son poste, puis en entraînant Faivre Charlier au dehors avec lui. En outre, la qualification de malade ou censé tel attribuée à Faivre, avait-elle une base juridique, celui-ci étant reconnu sain d'esprit ? D'un autre côté, l'interprétation que le Directeur d'un établissement d'aliénés est responsable de la garde d'un individu placé dans un Asile, aux fins d'une observation médicale, n'était-elle pas

très risquée dans l'espèce ? D'autre part, la déclaration que la nomination et la révocation des gardiens appartenant au Directeur, c'est à lui que devait remonter et sur lui que devait s'arrêter et se préciser la responsabilité du personnel par lui choisi, se trouvait-elle juridiquement vraie ? Enfin quelle était l'étendue de ma responsabilité civile, celle-ci admise ? Etais-je tenu de payer l'amende de Faivre Charlier, les dépens ou simplement les dommages-intérêts que pourraient réclamer ultérieurement les plaignants, puisqu'ils ne s'étaient point portés partie civile au procès engagé ! Tous ces motifs divers m'obligeaient à interjeter appel. Avant de donner le texte du jugement de la Cour, qui cette fois me mit hors de cause, il me paraît profitable de faire tout d'abord un exposé très rapide des doctrines juridiques des auteurs sur la responsabilité civile et de les rapprocher du fait particulier de la cause. Tout d'abord, Blanche (*Etude sur le Code pénal*, tome II, n° 374) déclare qu'il n'y a lieu à cette responsabilité dérivant du fait d'autrui que dans les cas expressément indiqués par la loi. C'est la même thèse que soutient Le Sellyer (*De la criminalité*, p. 133, n° 471), quand il écrit : « Faisons observer que la responsabilité du fait d'autrui étant une exception à la règle par laquelle on ne répond que de son propre fait, ces cas de responsabilité ne sauraient être étendus. Ils doivent être enfermés dans les termes rigoureux de la loi. » Toullier (*Droit civil*, tome II, n° 258) déclare de son côté : « On peut répondre du fait d'autrui en vertu de la loi, mais il faut que sa disposition soit expresse et formelle, car cette responsabilité étant contraire à la raison, on ne peut, en cette matière, raisonner par analogie. » Enfin, Chauveau et Hélie écrivent à leur tour (*Code pénal,* tome II, p. 133, n° 471) : « La responsabilité prend sa source dans notre négligence à remplir une obligation. Si l'on peut répondre du fait d'autrui, ce ne peut être qu'en vertu d'une disposition expresse et formelle de la loi, car cette responsabilité repose sur une présomption de négligence que la preuve contraire ne détruit pas et dès lors son application peut souvent être injuste et opposée à la raison. On ne peut

donc ni étendre au delà de leurs termes les cas de responsabilité, ni en créer d'autres par voie d'analogie. »

Dans l'espèce soumise au Tribunal, il n'apparaissait donc pas comme douteux, d'après ces principes, que ma responsabilité civile, en temps que Directeur, ne pouvait être engagée qu'autant que, par rapport au prévenu, je rentrais dans l'énumération des personnes visées par l'article 1384, et il ne pouvait pas non plus être discutable qu'aucune des désignations de cet article servant à les qualifier ne devait s'appliquer à ma personne, par l'excellente raison que Faivre Charlier n'était ni mon domestique, ni mon préposé et que je n'étais pas davantage son maître ou son commettant. Le Tribunal de Dôle avait cependant admis pareille hérésie dans son jugement, mais pour ce faire, il avait été obligé de mettre fictivement en cause le gardien, en imaginant deux situations de fait contraires à la vérité, à savoir que Faivre Charlier était un malade ou censé tel, sorti de l'Asile sous la surveillance insuffisante d'un gardien, tandis qu'en réalité Faivre était un prévenu responsable de ses actes, dont la sortie de l'Etablissement avait été la conséquence directe d'un manquement grave du gardien à ses devoirs. En outre, en admettant que Faivre Charlier eût été un malade, il ne suffisait pas de déclarer la surveillance à son égard insuffisante, mais il fallait démontrer comment et pourquoi cette insuffisance était patente. De plus, en disant que j'étais responsable de mes commettants, le jugement ne parlait plus le langage du droit, puisque le mot de commettant de l'article 1384 était employé au lieu de préposé. Enfin il n'est rien moins démontré que par rapport aux gardiens de l'Etablissement, bien que leur nomination et leur révocation appartiennent au Directeur, celui-ci doive être considéré comme leur commettant et leur commettant responsable dans le sens de l'article 1384. Je laisse de côté pour l'instant ce dernier point, devant l'étudier à propos du jugement de la Cour, pour examiner, dans l'hypothèse où le Directeur est réellement le commettant d'un gardien de l'Asile, les limites de la responsabilité civile qui lui incombe du fait de

son préposé. Le § 2 de l'article 1384 est, à cet égard, essentiellement limitatif; pour que le Directeur soit responsable civilement du dommage causé par ses préposés, il faut que ceux-ci aient agi dans l'exercice de leurs fonctions ou plus exactement en exerçant leurs fonctions. D'où il suit que la responsabilité ne comprend que les faits commis par les préposés pendant la durée de leurs fonctions, que les commettants ne doivent répondre en aucun cas du dommage occasionné par les délits commis en dehors de leur service habituel.

Conséquemment dans l'hypothèse où le gardien quittant l'Établissement où son service le retient réglementairement, entraîne avec lui un malade hors de l'Établissement, que le malade ou lui, commettent des actes dommageables, le Directeur ne peut valablement en être responsable. Il a été jugé, en effet, par la Cour de Cassation (19 juillet 1870) qu'il n'y a de responsabilité que s'il y a faute démontrée, et aucune faute ne peut être relevée dans ce cas à l'actif du Directeur et de plus, un arrêt de la Cour de Metz, du 23 juillet 1821, a déclaré que le commettant n'est responsable des faits de son préposé que dans le cas où l'acte préjudiciable est le résultat ou la conséquence de l'ordre ou de l'emploi donné.

Quelle est maintenant l'étendue de la responsabilité civile qu'avait mise à ma charge le jugement de Dôle ? On sait que la personne déclarée civilement responsable ne peut être sujette à aucune peine et la Cour de cassation ayant jugé (18 Vendémiaire, an IX, 14 juillet 1814, 25 février 1820, 24 mars 1855) que la responsabilité civile ne peut être étendue aux amendes et ne doit s'appliquer qu'aux frais et aux dommages-intérêts, j'étais tenu à payer seulement les frais du procès, aucun des deux plaignants ne s'étant porté partie civile pour réclamer des dommages-intérêts, ce qui m'amène à dire qu'on ne voit pas bien l'intérêt que pouvait avoir le Ministère public à poursuivre d'office devant le Tribunal la reconnaissance de la responsabilité civile du Directeur.

Voici maintenant l'arrêt rendu à l'audience publique donnée le 10 août 1897, par la Chambre correctionnelle de la Cour de Besançon :

Entre le Ministère public appelant d'un jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Dôle, le 9 juillet 1897, mais en ce qui concerne le nommé Faivre Charlier ci-après désigné et intimé sur l'appel émis du même jugement par M. le Dr Garnier ci-après nommé, etc., etc.

En ce qui concerne le Dr Garnier.

Attendu que dans la cause, une responsabilité pénale ne peut être encourue par le Dr Garnier que du fait, soit de Faivre Charlier, soit du gardien Jodelet; attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence constante que l'article 1384 est facultatif (*sic*) et que la responsabilité qu'il édicte ne saurait être étendue à d'autres personnes que celles énumérées ; que, dans ces conditions, aucun lien de droit ne relie le Dr Garnier à Faivre Charlier, qu'il n'est ni le maître ni le commettant de ce dernier ; que celui-ci n'est ni son domestique ni son préposé, que, dès lors, le Dr Garnier ne saurait être déclaré responsable des actes délictueux commis par Faivre Charlier ; que si la situation du Dr Garnier est tout autre vis-à-vis du gardien Jodelet, dont il est le commettant et, comme tel, pénalement responsable des actes dommageables dont son préposé peut se rendre coupable dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions, c'est à tort cependant que, dans l'état de la procédure, le tribunal correctionnel de Dôle a déclaré le Dr Garnier civilement responsable ;

Qu'en effet, s'il est aujourd'hui de jurisprudence que l'action civile en responsabilité, intentée contre un commettant à raison des faits de son préposé, est une action principale dont le sort n'est pas subordonné à celui de l'action dirigée contre l'agent direct du fait dommageable (Cass., 2 déc. 1881 et 19 févr. 1886), il est non moins constant que devant la juridiction répressive une condamnation ne peut être prononcée contre la partie civilement responsable qu'accessoirement à une condamnation principale contre l'auteur du délit (Cass., 17 août 1878).

Attendu, en fait, que le gardien Jodelet, dont les actes pourraient seuls engager la responsabilité du Dr Garnier, n'est pas dans la cause ; que dans ces conditions, la Cour ne peût reconnaître le Dr Garnier civilement responsable de son préposé Jodelet qui n'a pas été compris dans les poursuites, que, sur ce point encore, il y a lieu de réformer la décision des premiers juges ;

Par ces motifs, la Cour réforme le jugement en ce qu'il a déclaré le Dr Garnier civilement responsable des actes de Faivre Charlier, le renvoie purement et simplement de la poursuite dirigée contre lui.

Si j'avais satisfaction par l'arrêt qu'on vient de lire en ce qu'il déclarait, comme je l'avais d'ailleurs soutenu dans mes conclusions devant le Tribunal, que les actes délictueux de Faivre Charlier ne pouvaient être pour moi, directeur, la cause

d'une responsabilité civile quelconque, je ne devais être renvoyé indemne relativement au deuxième quasi-délit, qu'en raison de ce que le gardien Jodelet n'avait pas été compris dans les poursuites. Or, à supposer que celui-ci eût été compris dans les poursuites primitives, quelle eût été la décision de la Cour ? Il est difficile de la préjuger, bien qu'il eût fallu, pour me rendre civilement responsable, prouver que le gardien avait agi dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Mais le point intéressant n'est point là, il réside dans la déclaration incidente de l'arrêt de la Cour, à savoir que comme commettant des gardiens de l'Établissement, le Directeur d'un asile est pénalement responsable des actes dommageables, dont l'un d'eux peut se rendre coupable dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Ainsi, d'après cette théorie, un gardien venant à brutaliser un malade, le Directeur devrait être déclaré civilement responsable de l'acte délictueux du gardien poursuivi et pénalement frappé, ce qui serait complètement injuste. Il n'a pas encore été, que je sache, jugé par la Cour souveraine, que le Directeur d'un asile d'aliénés étant un commettant vis-à-vis les gardiens, que ceux-ci étant ses préposés, il doit, par conséquent, être civilement responsable de leurs actes délictueux dans le sens de l'article 1384 ? La controverse est donc permise. Voyons sur quel point précis on s'appuie pour reconnaître à un Directeur cette qualité de commettant vis-à-vis ses gardiens (ce qu'invoquait d'ailleurs le jugement de Dôle) ? C'est, sans doute, parce qu'il les nomme et les révoque. Cela doit-il suffire ? Je réponds non, et voici les motifs qui me déterminent. Le droit de révocation et de nomination n'est pas exercé par un Directeur au même titre qu'un particulier choisissant et renvoyant son domestique ; le Directeur n'exerce en réalité ce double droit qu'en vertu d'une délégation qui lui est conférée par un règlement d'administration publique ; dans ces conditions, il n'agit donc que comme délégué lui-même de l'Administration. D'un autre côté, il use de son droit de nomination avec moins d'étendue qu'un simple particulier, en ce que son

choix se trouve nécessairement limité par l'exercice même du droit de délégation. Je m'explique : un particulier, par exemple, a un domestique à choisir, il le choisit comme il veut, sans entrave d'aucune sorte, tandis que le Directeur, en prenant un gardien, est déjà limité dans l'exercice de ce droit par les crédits mis à sa disposition pour la solde de ces agents ; la limitation même de ces crédits est de nature à constituer une force inéluctable, l'obligeant à prendre ses préposés dans un certain milieu et non dans tel autre. De plus, le Directeur n'est lui-même qu'un mandataire de l'Administration, une sorte de préposé délégué qui, en nommant des gardiens, ne crée pas de simples domestiques, mais des agents eux-mêmes subdélégués qui sont investis par la force des choses d'une part de responsabilité. Et cela est si vrai, que le Directeur lui-même tire ses appointements d'un budget voté par l'Administration départementale, que les gardiens sont payés de la même façon et non pas de ses deniers, qu'enfin, en cas de changement d'un poste à un autre, le Directeur nouveau ne donne jamais une investiture nouvelle aux gardiens nommés par son prédécesseur et les accepte *ipso facto*. A mon sens, cette situation présenterait, au point de vue juridique, beaucoup d'analogie avec celle du Directeur de la Compagnie P.-L.-M. qui, à ma connaissance, n'a pas encore été déclaré commettant et civilement responsable de ses préposés qui sont les employés de la Compagnie, bien qu'il les nomme et les révoque. L'argument du droit de révocation et de nomination qui appartient au Directeur d'un asile public d'aliénés vis-à-vis les gardiens de l'asile, ne peut donc suffire à lui attribuer la qualité de commettant vis-à-vis d'eux, d'où il suit qu'il ne peut pas être pénalement responsable de leurs actes délictueux dans leurs fonctions et à l'occasion de leurs fonctions. D'ailleurs, le législateur du Code civil n'a pas pu vouloir comprendre dans la désignation de commettant de l'article 1384 les Directeurs d'asile dont la création ne remonte qu'à la loi de 1838 et dont les attributions sont fixées par l'ordonnance de 1839. Pour les comprendre dans cette catégorie, il faut évidemment inter-

préter la loi, et cette interprétation doit être de droit étroit. J'ai, je pense, détruit toute la valeur de l'argument tiré, pour l'investir de la qualité de commettant, du droit de nomination et de révocation des gardiens, dont le Directeur est armé par les règlements. En existerait-il un autre plus probant ? Non, par la raison qu'il est le seul qu'on puisse tirer de l'Ordonnance de 1839. Mais, si le Directeur n'est pas responsable civilement en qualité de commettant vis-à-vis ses gardiens, quand ceux-ci commettent des actes délictueux dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions, il est de jurisprudence à peu près constante que c'est le Département, dont le Directeur est lui-même l'agent, qui devient responsable. De nombreux jugements en font foi, qu'il est inutile de rappeler ici et cela se comprend par le même motif que la Compagnie P.-L.-M. devient responsable civilement aux lieu et place de son Directeur des faits délictueux dont ses agents sont punis eux-mêmes correctionnellement.

Je viens de dire que la jurisprudence était à peu près constante dans la non-reconnaissance de la qualité de commettant vis-à-vis les gardiens au Directeur d'un asile, le Tribunal de Dôle et la Cour de Besançon, par leur doctrine contraire sur la matière, légitiment cet à peu près. Il serait désirable pour la spécialité, dans ces conditions, qu'il soit légiféré sur la matière et que s'inspirant des arguments sommaires, mais suffisants qu'il m'a semblé utile de présenter, la Commission de révision de la loi sur les aliénés puisse déclarer d'une façon formelle qu'en aucun cas le Directeur d'un asile ne puisse être considéré vis-à-vis les gardiens comme leur commettant, dans le sens de l'article 1384. On pourrait, dans l'état de choses actuel, les frais d'un procès et les dommages-intérêts pouvant incomber à la partie civile, c'est-à-dire au Directeur déclaré commettant, réduire celui-ci à la misère. Qu'on n'aille pas croire mon allégation purement gratuite. Dans le cas qui m'est personnel, il aurait suffi que le gardien eût été compris dans les poursuites et qu'au lieu de violences sans portée, les plaignants eussent été grièvement blessés. Des

dommages-intérêts énormes leur auraient été alloués sans nul doute sur leur demande, dommages-intérêts dont j'eusse été tenu personnellement sans recours possible contre le Département. J'ai voulu avoir la preuve de ce que j'avance ici et j'ai, dans ce but, sollicité du département du Jura le simple remboursement des frais de ma défense contre une poursuite injustifiée. Voici l'étrange rapport qui a été soumis au Conseil général du Jura et dont les conclusions ont été adoptées. *Ab uno disce omnes.*

Séance du 19 avril 1898. — Demande de remboursement de frais d'avocat présentée par le Dr Garnier.

M. de Borde, rapporteur.

« En principe, le Département ne saurait être appelé à supporter les frais des actions intentées aux Directeurs des services départementaux, même lorsqu'il n'y a pas faute de la part de l'agent.

En acceptant le traitement attaché aux fonctions qu'il remplit, un employé accepte les conséquences qu'elles entraînent.

Si, à l'occasion de ses fonctions, un fonctionnaire subit un dommage, c'est à l'auteur du dommage à le réparer.

Dans le cas particulier, nous observons que le 16 juin 1897, un nommé Faivre, interné à l'asile de Dôle, est sorti avec l'autorisation du Directeur, M. Garnier, accompagné du gardien Jodelet et s'est livré à des voies de fait sur plusieurs personnes, ainsi qu'il est établi par le jugement du Tribunal de Dôle. Ce Faivre avait été condamné le 29 juillet 1896 par la Cour de Besançon pour coups et blessures volontaires et ivresse.

Commis à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Faivre, par un rapport en date du 23 juin 1897, M. le Dr Garnier a conclu à la responsabilité pénale du prévenu.

A la suite de ce rapport, le Tribunal de Dôle estimant que la surveillance exercée sur le dit Faivre avait été insuffisante, a condamné le Dr Garnier comme civilement responsable de son pensionnaire.

Appel interjeté du jugement, la Cour augmente la peine prononcée contre Faivre et renvoie le Dr Garnier de la poursuite dirigée contre lui, parce qu'aux termes de la Loi, il n'est point le commettant d'un interné, mais bien des gardiens ou employés de l'établissement qui l'accompagnaient, lesquels n'ont pas été mis en cause,

Il semble donc résulter des termes du jugement de Dôle et de l'arrêt de la Cour de Besançon que le Dr Garnier a commis une imprudence en laissant sortir Faivre sous la surveillance de Jodelet et que s'il bénéficie d'un acquittement en appel, c'est parce que le Ministère public a mal introduit son instance.

Ces explications données pour éclairer le Conseil Général sur le fonds même de l'affaire, votre troisième Commission, s'en référant à la question de principe d'après lequel le Département ne saurait être responsable des actions personnelles intentées à ses employés, vous propose, Messieurs, le rejet de la demande du Dr Garnier.

Ces conclusions furent adoptées.

Je ne m'attarderai pas à suivre le rapporteur dans ses énonciations de fait, absolument contraires à la vérité et notamment sur la soi-disant imprudence commise par moi en laissant sortir un individu enfermé à l'asile, sous une surveillance insuffisante, alors que le gardien Jodelet désertait, au contraire, son poste avec l'individu et trahissait les devoirs de ses fonctions. L'arrêt de la Cour, cité pour donner un air de véracité à la version perfide de mon imprudence supposée, a été complètement muet sur cette prétendue déclaration d'imprudence à mon actif, et il est matériellement faux que le nommé Faivre soit sorti de l'asile avec mon autorisation, ainsi que je l'ai déjà expliqué au début de ces lignes. Ceci dit sur la question de fait soulevée dans le rapport, j'arrive à la déclaration de principes qui justifia le rejet de ma demande. Eh bien, je n'hésite pas à le dire, cette déclaration est tout simplement cynique. Comment, lorsqu'il n'y aura aucune faute à relever contre un Directeur d'asile, les frais des actions intentées contre lui seront à sa charge ? Et comme si cette première proposition n'était pas assez évidente d'iniquité, le rapporteur n'a pas hésité à la souligner, en disant que, si à l'occasion de ses fonctions, un fonctionnaire subit un dommage, c'est à l'auteur du dommage à le réparer. Ainsi, un Directeur pourra même être blessé par un malade dans son service et il sera sans recours contre le département, qui s'en désintéressera en disant : « Qu'en acceptant le traitement attaché aux fonctions qu'il remplit, l'employé accepte les conséquences qu'elles entraînent. » Sans doute, une pareille jurisprudence est particulière au département du Jura, mais il suffit qu'elle ait été sanctionnée par un vote de l'Assemblée départementale, pour qu'on ait le droit non seulement de s'en émouvoir, mais de protester énergiquement contre elle.

Et maintenant, quelle sera ma conclusion ? C'est qu'il me paraît impossible que le Directeur d'un asile public d'aliénés qui gère de son mieux les intérêts du Département, enserré qu'il est dans des règlements dont il ne peut sortir et obligé de subir souvent des situations de fait qu'il ne lui appartient pas de modifier puisse, à un moment donné, être personnellement inquiété, sous prétexte que, commettant de ses gardiens, il est responsable de leurs agissements délictueux. Il est nécessaire que la loi future fixe les conditions absolues de cette responsabilité civile, laissée à l'arbitraire des juges.

Jadis l'Empire avait un certain article 7 de sa Constitution pour protéger abusivement ses fonctionnaires ; en faire table rase a été excessif. Sans en demander le rétablissement, il ne serait que juste de fixer une bonne fois la situation juridique des Directeurs d'asile par rapport à l'article 1384 du Code civil, puisqu'il est, a dit la Cour de Besançon, facultatif, et que, sans doute, son application, dans l'esprit de la Cour, doit être subordonnée à l'ensemble des faits et circonstances constatés par le juge.

Traitement de l'attaque d'épilepsie

Par le Dr Maunier, médecin en chef de l'Asile des Aliénés de Marseille.

Je passerai rapidement sur les notions cliniques, la pathogénie, la physiologie pathologique et l'étiologie de l'épilepsie, connues de tous, pour en arriver de suite aux particularités du traitement de l'attaque par le trional.

Le Dr Hirt, professeur de l'Université de Breslau, a dit que « *Le traitement de l'épilepsie prouve une fois de plus que plus on connaît et on préconise de remèdes contre une maladie, moins celle-ci est facile à guérir* ». Voilà une affirmation qui me paraît tout au moins paradoxale. Je crois que le nombre de remèdes employés contre une maladie, ou qu'on a essayé d'employer, ne peut en aucune façon diminuer les chances de guérison qu'on poursuit par ces essais.[1]

Il est vrai que la médication la plus variée et que presque

tous les agents de la matière médicale ont été mis en œuvre contre l'épilepsie, mais non sans succès, prouvant ainsi au contraire, qu'elle guérit plus souvent qu'on ne croit ; il est vrai encore qu'aucune maladie n'a donné prise peut-être plus que celle-là, à l'application d'un traitement empirique, et aux remèdes des empiriques ; mais les insuccès constituent-ils une raison suffisante pour abandonner les recherches et cesser de poursuivre le traitement rationnel de la névrose la plus terrible,la plus repoussante dans ses manifestations ? Névrose que son origine souvent mystérieuse met à l'abri de nos atteintes thérapeutiques ?

Les indications fondamentales du traitement reposent sur la nature et la connaissance du siège des lésions épileptogènes : on peut arriver ainsi à une guérison radicale de l'épilepsie, soit par l'intervention chirurgicale, soit par un traitement médical approprié : sans parler de l'intervention chirurgicale, il serait trop long de faire même une simple énumération des cas guéris complètement après la disparition de la cause : épilepsie produite par les vers, par la suppression d'hémorrhoïdes, par l'impaludisme, par l'absinthisme, par l'alcoolisme, par la syphilis, par l'arthritisme, etc.

Mais il faut traiter le fond de la maladie, il faut aussi traiter la forme, c'est-à-dire les syndrômes, les manifestations immédiates, l'attaque elle-même dans les cas où la cause est absolument inconnue. Il nous reste, pour cela faire, des agents thérapeutiques efficaces, et quoiqu'en puisse penser le professeur prussien, je suis heureux d'en apporter un nouveau, quelque longue qu'en soit déjà la liste.

Le bromure de potassium est, sans contredit, jusqu'à ce jour, le médicament par excellence ordonné contre l'attaque d'épilepsie ; il fut associé pendant longtemps à la picrotoxine, alcaloïde de la coque du Levant, qui est complètement abandonnée ; on le donne aujourd'hui avantageusement à hautes doses, associé à ses congénères, le bromure de sodium, d'ammonium et de strontium.

Notre éminent maître, le professeur Grasset, a indiqué

dans ses consultations médicales le traitement à suivre au triple point de vue thérapeutique, hygiénique et alimentaire, il n'y a pas à sortir de là, sauf dans des cas exceptionnels.

La médication bromurée intensive expose les épileptiques les plus tolérants aux accidents du bromisme.

Le traitement par le « *trional* » ne présente pas cet inconvénient : il peut être donné quotidiennement et à dose assez élevée sans produire aucune perturbation, aucun accident : le Dr Marie, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, a déclaré n'avoir jamais observé d'accidents à la suite de l'usage du trional qu'il prescrit habituellement à la dose de : *un gramme.*

OBSERVATIONS :

J'ai groupé les observations soigneusement relevées dans mon service par mes internes, MM. Jourdan et Sigallas, en trois catégories :

1° Celles des malades chez lesquels le trional a agi sur la chute foudroyante ;

2° Celles où il agi en supprimant les troubles psychiques, que la fureur épileptique se produisît avant ou après la chute ;

3° Enfin, celles où l'action du trional s'est montrée efficace dans les deux cas.

Je n'en donnerai qu'un résumé succinct, sauf pour les trois premières de chaque groupe, en supprimant des autres observations l'examen des divers organes et appareils, les recherches sur les antécédents, enfin tout ce qui n'a pas trait directement à l'action du trional.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que c'est surtout chez les aliénés, dans la folie épileptique, que se produisent le plus souvent les troubles psychiques et exclusivement chez eux qu'on doit rencontrer la fureur épileptique, bien que cet état puisse être constaté, transitoirement du moins, chez les épileptiques simples.

Observations des malades chez lesquels la chute foudroyante a été supprimée.

Résumé de la première Observation

B... J..., du jour de son entrée dans la section des épileptiques non aliénés, en février 1895, au mois d'avril 1896, a eu sept attaques d'épilepsie, toujours précédées de convulsions cloniques intenses et de mouvements

choréiformes. D'avril 1896 à 1897, il a eu 8 attaques ; il fut soumis à ce moment au traitement par le bromure, tel qu'il est indiqué par le professeur Grasset, jusqu'au mois de novembre de la même année. D'avril en novembre 1897, c'est-à-dire le laps de temps pendant lequel il a été soumis au traitement par le bromure, B... a eu 5 attaques.

Le 3 novembre, il déclare qu'il va avoir une attaque, et son dire est corroboré par l'intensité des mouvements choréiformes et des convulsions cloniques. J'ordonne immédiatement 1 gr. 75 de trional à prendre dans du thé chaud ; une heure après, les secousses cessent complètement, le malade repose, la journée et les jours suivants se passent sans convulsions et sans attaques. Quelque temps après, croyant être guéri, il demande instamment sa sortie de l'Asile, qui ne peut lui être refusée puisqu'il est au quartier des épileptiques non aliénés.

Le traitement par le trional fut institué en novembre 1897 ; pendant son congé, il déclare ne pas avoir eu d'attaques ; il a pris une fois du trional.

Le 1er mars 1898, il rentre de nouveau avec l'excitation musculaire habituelle qui cède par l'administration de 1 gr. de trional.

Du 1er mars 1898 au 20 septembre de la même année, pas d'attaque ; mais ce jour-là il en a une qui n'est pas précédée d'aura, ce qui ne permet pas de donner le trional. Une autre se produit le 11 novembre à 3 heures du matin, sans avoir été précédée encore de l'administration du médicament.

Depuis il n'en a plus eu, pas même pendant les congés qui lui ont été donnés du 19 novembre au 27 janvier 1899 et du 5 au 13 mars. A cette époque, je le fis rentrer pour l'examiner à l'infirmerie plus attentivement.

Le jour même de sa rentrée de nouvelles secousses se produisent : l'administration d'une petite dose de trional à 0,50 centigr., le 15 mars, n'arrête que momentanément les convulsions, qui reparaissent le 16, mais sans attaque.

Voulant savoir jusqu'à quel point de résistance contre l'attaque irait le trional donné la veille en si minime dose, je cherchai par tous les moyens indiqués dans l'observation à la provoquer, sans arriver à la déterminer.

Donc, du 11 novembre 1898 à aujourd'hui 28 mars, B... J... n'a plus eu d'attaques d'épilepsie.

Les conclusions cloniques et les mouvements choréiformes, l'embarras de la parole se sont reproduits périodiquement mais ont toujours cédé devant le trional, donné même à dose minime.

Je reproduis ici deux observations citées par le Dr Boudeau dans sa thèse inaugurale.

Elles ne sont pas sans intérêt puisqu'il s'agit de deux

hystériques, dont l'agitation et les attaques furent suspendues par le traitement au trional.

Marie G..., brunisseuse, 21 ans, atteinte d'hystérie avec petites attaques, sans pertes de connaissance, revenant presque tous les jours le matin et le soir.

Presque tous les jours céphalalgie au réveil qui ne fait que s'atténuer dans la journée.

Quand elle n'a pas d'attaques le soir, elle dort neuf heures d'un bon sommeil calme.

Quand elle a eu une attaque le soir elle dort 7 à 8 heures d'un sommeil très agité, et très entrecoupé, sans cauchemar, mais avec des sursauts.

16 mars. — Elle a eu une petite attaque vers 4 heures du soir et très agitée : 1 gramme de trional à 8 heures du soir, nausées immédiatement après l'administration.

Elle s'endort à 8 heures et demie jusqu'à 5 heures d'un seul sommeil, agité mais sans cauchemars.

Au réveil sensation de repos, pas de tendance au sommeil.

Pas plus de céphalalgie que de coutume.

Dans la journée pas d'attaques contrairement à la coutume. 17 mars, pas de trional.

Dort 6 heures d'un bon sommeil, non agité.

Mais 4 heures après le réveil, petite attaque, unique dans la journée.

18 mars. — 1 gramme de trional à 7 heures et demie.

Ne s'endort qu'à 2 heures, pendant une heure environ et se réveille courbaturée. Néanmoins la journée est plus calme et se passe sans attaque.

19 mars. — 1 gramme de trional à 7 heures et demie.

S'endort à 8 heures jusqu'à 1 heure du matin d'un sommeil léger interrompu par le moindre bruit, mais repris aussitôt.

Se réveille à 1 heure, agitée, éprouvant le besoin de se promener et une sensation particulière de chaleur, avec une soif vive.

Bien que la malade se trouve fatiguée, elle est plus calme dans la journée qui se passe sans attaques.

Le trional est encore donné pendant 6 jours environ avec le même résultat.

Le sommeil moyen est de 6 heures environ, mais il est assez agité et ne procure pas un bien grand repos ; en revanche, bien qu'il fût donné à petites doses, le trional paraît avoir exercé un résultat favorable sur le nombre des crises.

L... P... 19 ans, demoiselle de magasin, grande hystérie, avec crises tous les deux jours environ.

Ne dort que deux heures par nuit, d'un sommeil agité, entrecoupé de cauchemars fréquents. Dans la journée elle est agitée ; se plaint de palpitations violentes. Elle n'a jamais rien pris pour la faire dormir.

19 juin. — En raison de la grande agitation de la malade, on donne d'emblée 2 grammes de trional : 1 gramme à 7 heures et 1 gramme à 8 heures, dans le lait. Elle s'endort à 10 heures et demie jusqu'à 2 heures, s'assied sur son lit et se rendort aussitôt ; elle se réveille à 5 heures et demie bien reposée, ayant seulement la tête un peu lourde. Le sommeil a été très calme. Les palpitations sont moins intenses. Pas d'attaques dans la journée.

Les jours suivants on obtient, avec 2 grammes chaque soir, un sommeil de 8 heures en moyenne, un état plus calme pendant la journée et une légère diminution de fréquence des crises.

Cependant, comme son état d'excitation est encore assez marqué et qu'on ne peut la surveiller suffisamment dans un hôpital général, on la transporte à Ste-Anne le 27 juin.

Observations des malades chez lesquels le trional agit principalement en supprimant les troubles psychiques.

Résumé de la 1re Observation

R... fut foudroyé étant à la mamelle ; sa mère, qui le fut également au même instant, ne se souvient pas pendant combien de temps elle a pu, avec son enfant qu'elle allaitait, rester sans connaissance ; mais elle rend parfaitement compte des sensations qu'elle éprouva à ce moment ; elle dit avoir senti tout à coup en elle une compression du tronc ; une commotion de tout son être, puis tout s'éteignit, elle perdit connaissance, serrant son enfant sur son sein.

Le lendemain, elle remarqua que son nourrisson avait à la nuque deux petites plaies boursoufflées semblables à des brûlures. Pourtant l'enfant n'eut pas de convulsion, mais dès l'âge de neuf ans il était épileptique.

Les attaques, rares d'abord, ne se produisant que tous les 6 mois devinrent grogressivement de plus en plus fréquentes et lorsque la fureur consécutive à ces attaques prit une intensité dangereuse, les parents de R... l'amenèrent à l'Asile ; ce fut le 2 juillet 1894.

Il suivit un traitement au bromure jusqu'au 3 septembre 1897. Je ne sais si les attaques furent plus ou moins fréquentes ; mais ce qui est certain, c'est que les troubles psychiques ne firent qu'augmenter d'intensité, à tel point qu'après chaque accès on était obligé d'enfermer le malade dans une cellule matelassée. D'une force herculéenne, il devenait alors redoutable ; malades et surveillants craignaient de s'approcher de lui. Le 4 septembre 1897, j'ordonnais 0,75 centigrammes de trional et depuis, après chaque attaque il en a pris autant ; cette dose était répétée, suivant le cas, 2 et 3 fois dans la journée après une période de calme de quelques heures, si l'agitation avait des tendances à se reproduire.

Les faits, les constatations certaines qui résultent de cette observation, c'est que rien de semblable ne s'est produit depuis que R... prend du trional. Il n'est que très rarement agité, et lorsqu'elle se produit, cette agitation cède immédiatement après l'absorption d'une dose même légère.

Il a pu de ce fait être maintenu constamment dans le quartier des épileptiques non aliénés, malgré les plaintes adressées jadis à l'autorité administrative par les épileptiques de ce quartier qui, effrayés de sa violence demandaient son transfert dans l'asile proprement dit comme aliéné.

Un autre fait, c'est que R... pendant les années 1894-95-96 et 1897 a eu de 240 à 250 attaques par an, c'est ce qui résulte de l'observation et du relevé du cahier des attaques tenu dans les quartiers.

Il en a eu 58, du 3 septembre 1897 au 1er octobre 1898.

Cette obsevration, patiemment prise, soigneusement relevée jour par jour pendant près de deux ans, mérite je crois quelque attention.

Elle est concluante pour moi au point de vue de l'action du trional sur les troubles psychiques de l'épilepsie, lorsque ces troubles revêtent le caractère de la fureur et constituent un véritable danger pour l'entourage du malade.

Elle est concluante aussi au point de vue de son action sur la chute proprement dite, si on envisage la différence énorme des chiffres que j'ai donnés plus haut, représentant le nombre des attaques pendant les années qui précèdent celle du traitement par le trional.

J'espère avoir la satisfaction de les voir diminuer encore dans l'année courante.

Dans les observations qui suivent les résultats sont analogues.

Observations dans lesqueles le trional a agi, supprimant ou en modifiant la chute ainsi que les troubles psychiques.

Résumé de la 1re Observation

F..., chiffonnier, Corse.

Entré le 28 décembre 1897 avec le diagnostic de délire des persécutions, épilepsie, aura débutant par les membres inférieurs. Après ses attaques on observe la vraie fureur épileptique, il est dans une agitation extrême, ne reconnaît personne, se promène dans la salle avec fureur, la face est congestionnée, les yeux démesurément ouverts, sortent de l'orbite, les poings sont crispés, sa démarche est raide et décidée. Dans cet état s'il rencontre sur son chemin un obstacle quelconque chaise ou table, il le renverse ou le jette avec violence ; s'il rencontre une personne quelconque, il se précipite sur elle, il essaie de s'en débarrasser : pour cela il saisit le premier objet qui lui tombe sous la main. Cette agitation dure en moyenne

un ou deux jours, et souvent après cette période, sans que le calme soit revenu, il tombe dans une seconde attaque, puis une troisième, on en a observé ainsi jusqu'à cinq consécutives, ce qui porte la durée de l'agitation à 7 à 8 jours.

C'est dans cet état qu'il entre à l'infirmerie le 17 mars 1899. Le jour même de son entrée, il présente des signes d'agitation : il pleure, se figure qu'on veut le tuer et désigne comme cause de son malheur un malade couché à côté de lui. Il se roule à terre. Va à la chaise percée, il essaie de manger des matières fécales. On lui donne 1 gramme de trional à 9 heures et demie du matin : l'agitation diminue à partir de ce moment et l'après-midi il est absolument tranquille et travaille.

Dans la nuit du 20 au 21 mars, il a trois attaques successives, non suivies d'agitation. Le 21 le malade est inquiet, triste, il se promène et ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit ; il refuse de manger à midi, cet état persistant, on administre une prise de 0,50 de trional dans la soirée. Dans la nuit, à minuit, il a une attaque non suivie d'agitation.

Le 27 mars, dans la soirée, vers 4 heures, il a une nouvelle attaque : on fait alors une injection de trional (1 gramme); la nuit est calme, le malade dort bien et le matin il se remet à son travail comme si de rien n'était. Mais les attaques qu'il a actuellement depuis l'administration du trional sont bien différentes de celles qu'il présentait auparavant. Tandis qu'on notait, comme dans toute attaque d'épilepsie vraie, des morsures de la langue et de l'écume à la bouche avec mouvements toniques et cloniques, on n'observe plus aujourd'hui (le malade le dit lui-même) que des phénomènes prodromiques. Lorsque l'attaque va venir, le malade le sent, il est pris d'impatience, il a des crampes qui commencent aux pieds, à ce moment il se lève, se promène et bientôt tout rentre dans le calme. Pendant ces attaques il présente un léger degré d'excitation qui, si on le contrarie, change facilement en véritable fureur. Mais cette fureur épileptique n'est plus spontanée. La durée moyenne de ces attaques et de 10 minutes environ.

Le 28, à 8 heures et demie, s'est plaint de crampes aux pieds, avait l'air égaré qui chez lui indique une attaque certaine. Injection de 1 gramme de trional. Nuit très bonne, dort parfaitement. Le matin, 2 grammes. Très gai, travaille comme d'habitude.

La première observation du 3[me] groupe présente un intérêt d'autant plus grand, que le malade n'est soumis que depuis très peu de temps au traitement par le trional, des modifications importantes se sont produites et dans les chutes et dans la fureur qui se manifestaient à chaque crise.

Quatorze malades sont encore actuellement en observation et soumis au même traitement.

J'ai voulu simplement signaler les faits observés ; assurément de nouvelles expériences sur l'action physiologique du trional sont à faire, de nouvelles observations cliniques sont à relever...

Encouragé par les résultats déjà obtenus, je poursuivrai mes investigations avec le ferme espoir que donne la conviction...

. . . .

Traitement thermal du tabès

Par le Dr Belugou (de La Malou).

La suggestion d'une formule consacrée n'est pas moins tenace en médecine que dans les autres branches de l'esprit humain. C'est ainsi que, malgré les transformations progressives de la neuropathologie, malgré les modifications quotidiennes de la thérapeutique, l'arrêt pessimiste de Romberg est resté définitivement la loi pronostique du tabès.

Cependant, la science médicale a le droit, aujourd'hui, d'en appeler d'une condamnation aussi absolue. Depuis Romberg, l'étude des formes et des modes du début du tabès a été singulièrement éclaircie. La précocité du diagnostic n'est-elle pas éminemment favorable à l'opportunité de l'intervention médicale ? Ne convient-il pas, d'autre part, de tenir compte des cas de pseudo-tabès et des polynévrites, dont le rôle pathogénique s'accroît tous les jours et dont la curabilité est de moins en moins contestable ?

Le médecin n'est donc pas fatalement désarmé en face de l'ataxie locomotrice. Il peut lutter, quelquefois avec l'espérance du succès ; et, parmi les moyens qui semblent jusqu'à présent lui avoir donné, dans cette lutte, l'aide la plus effective, il faut mettre au premier rang l'emploi judicieux des eaux minérales.

Le traitement thermal a toujours été préconisé par les cliniciens de tous les pays. Récemment encore, dans ses *Leçons*

sur le traitement du tabès, Leyden lui attribue l'influence la plus marquée, la plus salutaire. Et ce qui prouve combien est justifiée, par la pratique, cette confiance dans les cures thermales, c'est que rien n'a pu l'ébranler : ni la vogue des remèdes nouveaux de la série aromatique, ni l'engouement des procédés mécaniques spéciaux, tels que l'élongation des nerfs, la suspension, l'orthopédie médullaire, et même les méthodes plus rationnelles de la gymnastique compensatrice ; ni les prétendues merveilles des injections de liquides organiques ou de sérums divers.

Les remèdes nouveaux s'éliminent peu à peu des formulaires, l'élongation des nerfs est oubliée, la suspension est délaissée, les liquides organiques et les sérums progressivement abandonnés, tandis que se maintient et même se développe le crédit qu'une longue expérience a déjà attribué aux cures hydrominérales.

Malheureusement, la science hydrologique est encore pleine d'incertitudes, surtout en ce qui concerne la différenciation rationnelle des diverses stations prônées contre des affections identiques, leur spécialisation méthodique, leur appropriation spéciale aux différentes formes de la même maladie.

C'est une tendance déplorable des stations hydrominérales de vouloir toujours étendre le champ de leur action, alors qu'il conviendrait, au contraire, par une sélection progressive, de limiter de plus en plus l'application des eaux aux cas qui leur conviennent plus strictement, de façon à ne laisser subsister, pour chacune d'elles, que les indications positives et formelles.

C'est pour réagir, dans les limites restreintes de notre compétence, contre cette fâcheuse disposition, que nous avons entrepris ce travail. Il sort du plan banal adapté à la plupart des publications hydrologiques. Il a pour but de préciser les indications différentielles des sources dont l'observation a nettement établi l'efficacité contre le tabès.

Comme il faut se limiter, surtout dans une lecture de cet

ordre, ce mémoire laissera de côté les stations qui, comme Uriage, Aix-la-Chapelle, ne constituent qu'une préparation ou un adjuvant du traitement mercuriel par les frictions. Il étudiera surtout les Eaux françaises, qui seront classées en trois groupes, chacun de ces groupes pouvant parfaitement être représenté par une station type : le type Néris, le type Balaruc, le type Lamalou, ces trois stations représentant, de l'aveu de tous, comme le trépied de la balnéothérapie antitabétique. Les conclusions spéciales à Lamalou pourront parfaitement convenir à Gastein, à Royat, à Bath, par exemple : même température des sources, effets physiologiques analogues, opportunité principale identique. Les effets de Ragatz, de Teplitz et de la longue série des eaux thermales simples sont comparables aux résultats obtenus à Néris. Enfin, les observations formulées à propos de Balaruc s'appliqueront bien à Bourbonne, à Wilbad, à Nauheim et aux boues de St-Amand.

N'espérons pas du reste qu'il soit toujours possible de découvrir la formule simple et précise qui permettrait de dire : Pour tel cas, Lamalou, Royat ou Gastein ; pour tel autre, Néris et Ragatz ; et Balaruc, ou Bourbonne, ou St-Amans, pour ce troisième. Non, car si dans de trop rares circonstances, tous les éléments constitutifs de l'état morbide semblent désigner une source thermale parfaitement déterminée, le plus souvent, au contraire, certains de ces éléments indiquent une station, tandis que certains autres poussent au choix d'une station différente, sinon contradictoire. Il faut donc étudier séparément, puis classer, hiérarchiser même les indications.

Celles-ci peuvent se grouper en trois catégories principales :

L'une comprend les états morbides fondamentaux qui sont comme la trame sur laquelle se déroule le syndrome clinique : rhumatisme, syphilis, scrofule, etc. Elle sera examinée en première ligne. La seconde source d'indications sera tirée de la nature particulière des symptômes prédominants. Enfin, certaines complications peuvent coïncider avec le tabès. Elles prennent quelquefois une part sérieuse dans la gravité du mal

et sont alors de nature à modifier la prescription des sources en apparence les plus légitimes. A elles se rattache le troisième groupe des indications thermales du tabès.

1° Indications différentielles tirées de l'état général.

Le médecin qui étudie avec attention les résultats obtenus contre le tabès par la balnéothérapie thermale est frappé par une double observation : c'est que les ataxiques auxquels les eaux conviennent le mieux, quant à leur ataxie, bénéficient également de la cure pour leur état constitutionnel, et qu'en revanche ceux dont le traitement balnéaire ne transforme pas avantageusement la diathèse prédominante, ne retirent de la cure aucun avantage, quant à leur affection médullaire.

En d'autres termes, les eaux ne modifient pas la maladie, sans modifier parallèlement l'organisme du malade.

Il faut donc que la cure soit appropriée à la constitution héréditaire ou acquise du tabétique pour obtenir l'amélioration du tabès : première donnée clinique qui permet de poser en principe que les causes générales ou individuelles qui ont présidé à la genèse de l'ataxie ou facilité son développement, sont un élément capital dans l'indication ou la contre-indication différentielle des eaux.

La nature des causes productrices du tabès a été et reste encore l'objet de controverses. On peut cependant considérer comme acquise cette proposition que les éléments étiologiques qui semblent avoir la plus grande importance dans la genèse de l'ataxie locomotrice sont : la syphilis, l'arthritisme, l'hérédité nerveuse et les abus fonctionnels.

Examinons-les tour à tour :

Et d'abord, l'arthritisme.

Le type Balaruc ne convient pas aux tabétiques rhumatisants. Par leur haute température et leur riche minéralisation, ces sources et leurs similaires peuvent déterminer de nouvelles poussées et réveiller les douleurs intenses. L'expérience démontre que les médullaires rhumatisants se trouvent mal d'un séjour à Balaruc ou à St-Amand.

Le type Néris, au contraire, peut revendiquer la cure des tabétiques arthritiques, à la condition toutefois que l'affection générale n'ait pas produit dans l'organisme un état de dégénérescence trop marqué. Les effets de ces stations dans le rhumatisme douloureux permettent de bien augurer de leur action dans les cas d'ataxie provoquée ou aggravée par le rhumatisme.

Mais c'est surtout pour Lamalou, et les eaux de son type, que l'indication est formelle. « Si derrière une maladie du système nerveux, écrit Grasset, vous trouvez l'arthritisme, Lamalou est indiqué. » Il est incontestable que chez la plupart des médullaires rhumatisants, l'amélioration par la cure de Lamalou se manifeste avec une apparence de durée et de sûreté qui fixent l'attention.

Conclusion : *Dans les cas de tabès chez les arthritiques, les eaux du type Lamalou sont particulièrement indiquées. Les eaux du type Néris peuvent aussi trouver un emploi utile. Celles du type Balaruc sont contre-indiquées.*

En revanche, c'est à l'action excitante et altérante de Balaruc, Wilbad, Bourbonne et analogues, qu'il convient de recourir de préférence chez les médullaires lymphatiques ou scrofuleux : *L'existence du lymphatisme ou de la scrofule chez un tabétique est en faveur de l'indication du type Balaruc.*

On sait l'importance, la prédominance de la syphilis dans l'étiologie du tabès. Quelles sont les indications balnéo-thérapeutiques qui découlent de la connaissance de cette origine spéciale ?

La coexistence de la syphilis et du tabès ne donne lieu à aucune indication particulière, en ce qui concerne les eaux du type Néris.

Pour Balaruc et ses congénères, il paraît démontré que l'action altérante de leurs eaux en boisson, et aussi la stimulation énergique de leurs bains ont souvent pu être utilisées avec profit chez les médullaires atteints de syphilis à évolution torpide.

Lamalou, et probablement aussi les sources de même type, présente une valeur adjuvante aussi grande, et qui peut s'appliquer à des cas plus fréquents. De nombreuses observations l'ont établi. « Dans l'ataxie locomotrice, les thermes de Lamalou s'adressent à la fois à l'état général du malade et à la lésion organique. » C'est ainsi que s'exprime le Dr Caizergues dans son *Etude des myélites syphilitiques*.

Concluons :

Dans les cas d'origine syphilitique du tabès, Balaruc, et surtout Lamalou, ont une action favorable, tout au moins adjuvante du traitement spécifique.

L'hérédité nerveuse se retrouve chez presque tous les tabétiques. Chez un grand nombre, l'affection médullaire est accompagnée d'un état neurasthénique plus ou moins prononcé qui en exalte les perceptions douloureuses. Balaruc, sans hésitation, doit être interdit à ces malades.

Pour Néris et Lamalou, l'indication est au contraire parfaitement légitime ; mais il faut distinguer. Si la neurasthénie prédomine sur les autres éléments symptomatiques, si elle est, en quelque sorte, en état d'exaltation, alors ordonnez Néris et les indéterminées. Mais si le nervosisme est accompagné de dépression, s'il constitue cette association paradoxale d'excitabilité et d'apathie à laquelle on a donné le nom de faiblesse irritable, alors choisissez Lamalou.

Ainsi, *interdiction de Balaruc et de ses congénères chez les tabétiques à hérédité ou à tempérament névropathique ; indication de Néris et des indéterminées chez les ataxiques éréthiques et excitables ; spécialisation de Lamalou dans les cas de faiblesse irritable, quand le nervosisme est accompagné de dépression.*

Une autre indication thérapeutique importante résulte de la fréquence, dans la genèse du tabès, de la fatigue au sens le plus étendu du mot.

Vis-à-vis des symptômes ataxiques dans la production desquels les abus fonctionnels, l'épuisement et le surmenage nerveux, peuvent être invoqués, la supériorité d'action des eaux

du type Lamalou sur celle des types Balaruc et Néris peut être légitimement affirmée. La reconstitution de l'organisme est alors la condition *sine qua non* de l'amélioration. Aussi peut-on conclure que *les eaux de Lamalou sont particulièrement indiquées dans les tabès consécutifs à la fatigue et à l'épuisement, produits par la suractivité des fonctions de l'organisme, notamment des fonctions génésiques.*

Nous pouvons établir maintenant l'application des enseignements qui précèdent, aux divers tempéraments des malades, sous cette formule concise :

Au type Balaruc, les lymphatiques et les scrofuleux ;
Au type Néris, les névropathes et les agités ;
Au type Lamalou, les anémiques et les déprimés ;

2° Indications différentielles tirées de l'état symptomatique.

Les troubles symptomatiques du tabès sont nombreux, de forme variée et même contradictoire : douleurs fulgurantes et anesthésies, spasmes et parésies, éréthisme vénérien et débilité génésique, contracturess et paralysies motrices.

Des manifestations aussi complexes et aussi opposées doivent, sans aucun doute, apporter les enseignements les plus utiles à l'indication différentielle, à l'opportunité comparative des différentes stations thermales recommandées contre la maladie de Duchenne. Il convient de les analyser.

Au premier rang des symptômes tabétiques, se présentent les troubles de la sensibilité, et tout d'abord les douleurs.

Lamalou et Néris, et leurs analogues, agissent utilement vis-à-vis des douleurs fulgurantes, et ces deux types de stations sont également fondées à réclamer la cure des phénomènes douloureux de l'ataxie. Le choix à effectuer entre les unes et les autres ne manquera pas, quelquefois, d'être fort embarrassant. Le médecin devra tenir compte alors des éléments précédemment formulés. Il faut savoir, à l'occasion, grouper les médications, les subordonner les unes aux autres, et les hiérarchiser.

Quant à Balaruc, Bourbonne, etc., l'existence de douleurs vives a toujours été considérée comme une contre-indication formelle de leur emploi. Concluons que *vis-à-vis des troubles douloureux du tabès, le type Balaruc est contre-indiqué, l'expérience ayant prouvé, au contraire, l'efficacité des sources de Lamalou et de Néris contre ce même symptôme.*

Les troubles qui intéressent les fonctions de la vessie et de l'intestin sont des plus fréquents dans le tabès, et ils peuvent se manifester à une époque très raporochée du début.

La rétention d'urine a plus de chance d'être favorablement modifiée à Balaruc ou à Lamalou, qu'à Néris. A Lamalou, la balnéation peut être secondée par l'emploi opportun de certaines buvettes. A Balaruc, les injections d'eau minérale ont été employées concurremment avec les bains. En revanche, signalons que Grasset a noté l'incontinence d'urine comme une contre-indication des eaux de Balaruc.

L'influence des thermes salins est encore plus manifeste contre la constipation, si fréquente dans le tabès. Balaruc notamment doit au chlorure de sodium ses qualités purgatives.

Concluons : *Balaruc et Lamalou conviennent aux parésies vésicales et intestinales. Contre la constipation, Balaruc et les eaux salines doivent être placés en première ligne. Lamalou doit être préféré dans les cas de parésie vésicale avec incontinence.*

Les troubles des fonctions génitales sont presque constants, dès l'origine même du tabès. Ils consistent, comme on sait, dans une dépression plus ou moins marquée des fonctions génésiques. La défaillance virile peut être chronologiquement précédée d'une surexcitation de la fonction. Cet éréthisme initial comporte l'indication des eaux indéterminées, Néris par exemple. Il en est de même des crises clitoridiennes. Dans le cas plus habituel de débilité génésique ou d'impuissance, l'influence des eaux thermales toniques, comme Lamalou, est incontestable. Elle répond à leur action physiologique, à l'activité circulatoire qu'elles provoquent sur les

organes du bassin. Aussi est-ce une des réputations les plus justifiées de ces thermes que leurs bons effets sur la débilité vénérienne et les pertes séminales qui l'accompagnent fréquemment.

Chez les tabétiques, l'éréthisme vénérien indique les thermales simples, comme Néris, tandis que l'affaiblissement viril ou les pertes séminales indiquent les thermales ferrugineuses et métalliques, comme Lamalou.

Les troubles parétiques de la motilité sont les plus rebelles, il faut l'avouer, aux modifications du traitement thermal. Ces troubles sont de plusieurs ordres, comme on sait, et affectent les degrés les plus divers.

Il n'est pas rare, au début de l'affection, qu'ils se manifestent seulement sous forme de lourdeur et d'engourdissement avec épuisement rapide.

Cette sorte de parésie musculaire : lassitude, jambes de plomb, antérieure aux désordres de la coordination, est heureusement modifiée par les cures de Néris et des thermales simples, comme aussi de Royat, de Bath et surtout de Lamalou.

Il en est de même des phénomènes d'ordre paraplégique, de l'hémiplégie qui s'associe aux tabes quelquefois : ataxo-paraplégie de Fournier. Mais ce sont les thermales salines comme Balaruc, qui réclament alors l'indication prédominante.

Quant à l'incoordination musculaire qui a donné à la maladie son nom le plus répandu, quant à l'ataxie, le choix de Lamalou semble s'imposer de par l'expérience et les observations.

On peut donc déclarer que *si l'ataxo-paraplégie est tributaire du type Balaruc, les incoordonnés, les ataxiques proprement dits, doivent être envoyés de préférence à Lamalou.*

3° Indications différentielles tirées des complications concomittantes.

Les complications qui accompagnent si fréquemment

l'ataxie peuvent aussi apporter un utile élément d'appréciation dans le choix de la station thermale.

L'importance de cet élément s'accroît naturellement en raison de la gravité de la maladie surajoutée au tabès. Aussi convient-il d'étudier d'abord les indications qui résultent pour le traitement hydrominéral de la coexistence d'une maladie du cœur et de la sclérose médullaire.

Cette association est fréquente, à tel point qu'elle a inspiré à certains auteurs l'idée d'un groupe de maladies de cœur secondaires. Quelle est l'influence des eaux minérales dans ces cas de tabès compliqués de troubles cardiaques ?

Il y a peu de temps encore, une semblable question eût constitué une hérésie. Aujourd'hui, la récusation formelle de tout traitement balnéaire dans les maladies du cœur n'est plus un dogme thérapeutique, et on n'a plus le droit, par le seul fait qu'un ataxique est affecté de symptômes cardiaques, de renoncer au bénéfice du traitement thermal. Il convient cependant d'exclure des eaux qu'on peut alors autoriser, les sources fortement minéralisées et celles qui possèdent une température très élevée. Balaruc, Néris et leurs similaires seront donc contre-indiquées. Celles de Lamalou, de Royat présentent les conditions les plus favorables aux tabétiques souffrant du cœur ou de la circulation.

Les hyperthermales fortement minéralisées, telles que Balaruc, etc., sont donc formellement contre-indiquées chez les diabétiques cardiaques. Il est légitime, au contraire, de recourir à l'action des bains naturellement tempérés de Royal ou de Lamalou.

Les troubles trophiques constituent une complication du tabès assez fréquente pour qu'on ait pu les classer au nombre même des symptômes de cette affection. Complications ou symptômes, ces désordres peuvent être modifiés par l'action thermale. L'observation démontre que *le mal perforant et l'atrophie des muscles indiquent surtout Lamalou et ses succédanés; le zona et les éruptions, Néris et les thermales simples; les arthropathies, Balaruc et les similaires.*

Le tabès enfin est quelquefois associé à des symptômes cérébraux, passagers ou persistants, qui tantôt lui servent de prélude, tantôt l'accompagnent à des étapes variables de son évolution. Ces troubles affectent des degrès très dissemblables, depuis la dépression morale jusqu'à la pseudo-paralysie générale des tabétiques. *Il convient de soigner à Lamalou et aux eaux reconstituantes du même type, les tabétiques moralement et intellectuellement déprimés. Il faut réserver pour Balaruc, Bourbonne et Wilbad les troubles cérébraux profonds, dans les cas exceptionnels où on pourra recourir à la médication thermale.*

Deux cas d'astasie-abasie

Par le Dr GRASSET, de Riom.

Il s'agit de deux garçons hystériques, âgés de 8 et 10 ans. Chez l'un, les deux phénomènes astasie et abasie furent dissociés ; la pseudo-paralysie présentant le type flasque ; chez le second elle s'accompagnait de rigidité.

Dans les deux cas la guérison a été obtenue par la suggestion à l'état de veille.

Entrevue par Briquet, par Jaccoud, signalée par Charcot et Richer en 1883, l'*astasie-abasie* a été bien décrite par Blocq en 1888 [1] ; nous devons à Pitres [2] une bonne monographie de cette affection dont les diverses variétés ont été mises en relief par J. Grasset [3], Charcot [4], Raymon [5]. Nous avons nous-mêmes relevé le phénomène dans un cas de paralysie alterne du moteur oculaire commun avec aphasie d'origine traumatique (6). En communiquant aujourd'hui deux nouveaux cas, notre but n'est pas de proposer une clas-

(1) Bloch. — Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie. *Arch. de Neur.* 1882.

(2) Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie. 1891. I. p. 457.

(3) J. Grasset. — Maladies du système nerveux.

(4) Charcot. — Policlinique du mardi : mars, juin 1889.

(5) Raymond. » mai 1896.

(6) Manquat et Grasset. — *Progrès médical*, février 1890.

sification nouvelle mais simplement d'apporter notre contingent d'observations aux groupements établis par nos maîtres. « La caractéristique commune à toutes les variétés d'abasie, c'est l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus horizontal et l'impossibilité de leur appropriation à la conservation de l'équilibre et à la marche dans la position verticale. Le reste est accessoire et sert seulement à constituer les variétés (1). » Nous relevons cette caractéristique dans les deux observations qui suivent :

OBSERVATION I.

Le jeune P..., âgé de 10 ans, est d'une intelligence supérieure à la moyenne. Antécédents héréditaires : père nerveux, mort victime de son dévouement en portant secours à des gens sur le point de se noyer ; mère et deux sœurs plus jeunes en bonne santé.

Antécédents personnels : aucune maladie grave ; abonné de l'amygdalite avec grosses amygdales ; tempérament lymphatique, très sensible aux réprimandes.

En janvier 1894, l'enfant frappe du genou contre une table recouverte d'un tapis ; une aiguille laissée dans le tapis se fixe dans la rotule et se rompt au ras de la peau. Chlorure d'éthyle, incision, ablation du fragment solidement fixé dans la rotule comme un clou dans un mur. Guérison rapide de la plaie.

Huit jours après l'enfant est pris chaque soir, à 6 h. 30, d'une crise de céphalée « avec clou », suivant sa propre expression ; la crise dure toute la nuit et disparaît le matin. Elle se renouvelle chaque soir avec une régularité que rien ne peut troubler et devient de plus en plus intense. Les réflexes rotuliens sont exagérés, pas de trépidation épileptoïde, pas d'anesthésie cutanée ; abolition de réflexes pharyngiens et conjonctivaux. Enfin. un matin l'enfant déclare ne pas pouvoir se tenir debout. A notre visite nous constatons que dans le décubitus dorsal tous les mouvements demandés sont exécutés avec facilité et énergie ; la station debout est impossible ; même en le soutenant par les aisselles l'enfant a les membres inférieurs affaissés, traînant sur le sol, absolument flasques.

Après quelques jours de traitement l'*astasie* disparut, l'enfant put se tenir debout ; mais l'*abasie* persista, c'est-à-dire qu'il était impossible à notre petit malade de faire un pas ; livré à lui-même il prenait à deux mains l'une des cuisses de façon à attirer le pied en avant, ainsi pour l'autre cuisse. Mais le procédé auquel il recourrait plus volontiers était

(1) Pitres. — *Loc. cit.*, p. 458.

« la marche à quatre pattes » ; il était ainsi d'une agilité peu commune et porcourait aisément toute la maison. Pour descendre l'escalier il se plaçait à califourchon sur le garde-fou et se laissait glisser rapidement jusqu'au bas. Pour monter il s'asseyait sur une marche et, à l'aide des bras montait le siège sur la marche supérieure, cela à reculons et avec une grande rapidité.

Ce spectacle n'était pas sans effrayer ses parents qui voyaient dans leur enfant un cul-de-jatte. Je m'efforçais de les rassurer, leur démontrant la nature hystérique du mal et leur faisant espérer la guérison. Je leur parlais d'hypnotisme, ils repoussèrent ce procédé ; il me restait la suggestion à l'état de veille.

Je déclarais un jour à l'enfant qu'une promenade lui ferait grand bien ; on sort en voiture; à une côte l'enfant demande à descendre, il se met à marcher d'une façon naturelle et monte la côte d'une longueur de 400 mètres sans s'aider des mains. Arrivé au sommet, affalement ; il ne peut plus se tenir debout. L'amélioration surprise accidentellement ne tarda pas à se reproduire. Le petit malade désirait faire un voyage en Normandie ; j'approuvais, je recommandais ledit voyage. Dès qu'on fut dans le train, la motilité devint subitement parfaite et le mois de séjour ne fut marqué par aucun accident.

Retour à Riom ; réapparition des *accès de clou* ; il y eut même pendant quelques jours de l'abasie, mais sans astasie, celle-ci ne paraissant que les jours d'orage.

Quelques mois plus tard, nouveau voyage en Normandie. Au passage à Paris, le malade est soumis à l'examen de M. le professeur Raymond qui confirme le diagnostic et le traitement. Au retour à Riom, l'enfant est guéri; les parents acceptent les conditions imposées : changement de milieu, l'enfant est placé dans un pensionnat.

De tous les moyens employés, valériane, bromures, quinine, ferrugineux, pulvérisations, badigeonnages du pharynx, faradisation, douches, etc. etc., celui qui m'a le plus rapidement et le plus sûrement réussi est la suggestion à l'état de veille, l'affirmation formelle et réitérée que l'affection est curable, qu'elle guérira prochainement, peut-être subitement, dans telle ou telle circonstance.

La guérison s'est maintenue depuis 1894. La maladie avec ses diverses alternatives avait duré près de six mois.

OBSERVATION II.

M. B..., garçon de 8 ans, tempérament lymphatique ; aucune maladie antérieure ; est le troisième de sept enfants bien portants. Aucune tare nerveuse chez le père et la mère qui jouissent d'une partaite santé.

Le 15 mars dernier, au cours d'une promenade l'enfant est resté assis une demi-heure dans un pré au bord d'un ruisseau ; il rentre à la maison,

se plaignant d'avoir froid. Le lendemain, après une bonne nuit, il demande à rester au lit ; à l'occasion d'une selle on s'aperçoit qu'il lui est impossible de se tenir debout.

L'examen au lit, dans le décubitus dorsal, nous montre l'intégrité des mouvements des membres inférieurs ; le petit malade peut lancer de violents coups de pied et atteindre de l'un ou de l'autre pied les objets qu'on lui dit d'approcher. Dans la position verticale la station est impossible ; en soutenant l'enfant sous les aisselles, les membres inférieurs sont en état de rigidité, le pied dans l'extension exagérée, le genou à demi fléchi ; la marche est impossible.

Le 17, les phénomènes sont les mêmes avec une diminution notable de la rigidité, mais ce n'est cependant par l'état de flaccidité. Dans la nuit, l'enfant avait eu une une miction involontaire, accident qui n'avait pas été observé depuis la première enfance. Réflexes rotuliens exagérés ; anesthésie des conjonctives et du pharynx, pas d'anesthésie cutanée, pas de trépidation épileptoïde du pied.

Le 18 même situation.

Le 19, après avoir les jours précédents administré les bromures, la valériane, l'antipyrine, je me décide à recourir à la suggestion à l'état de veille. J'affirme à l'enfant — et aux parents — qu'il sera guéri s'il éprouve une sensation de chaleur quelques instants après l'application sur les jambes d'un liquide que je vais lui prescrire (alcoolat de Fioravanti).

L'effet produit dépassa ce que je pouvais espérer. Quelques secondes après l'application le petit malade se leva brusquement, s'écriant : « Je suis guéri » et courant à tous les étages de la maison, débordant de joie.

Depuis quinze jours que l'événement s'est produit, la guérison s'est maintenue et l'enfant a pu reprendre presque aussitôt ses occupations habituelles.

En résumé les deux cas que nous venons de citer diffèrent en ce que dans le premier il y eut dissociation de l'astasie et de l'abasie et que la pseudo-paralysie fut flaccide, alors qu'elle s'accompagnait de rigidité dans le second cas.

Dans l'un et l'autre cas il s'agit d'hystérie chez de jeunes garçons, de 10 et 8 ans, dont la guérison est surtout attribuable à la suggestion à l'état de veille. Nous ajouterons que la guérison fut suivie d'une poussée rapide de croissance : 0,05 centimètres en un mois chez le petit P... ; 0,02 centimètres en quinze jours chez le second malade.

Les insensés au XVIIIe siècle à l'asile public de Saint-Lazare et à l'asile privé de Saint-Pierre-de-Canon

Par M. le Dr Cossa, médecin-adjoint à l'asile St-Pierre,
et M. E. Mouton, sous-chef de bureau a la Préfecture des Bouches-du-Rhône

En terminant son étude sur *le régime des aliénés devant le Parlement* [1], M. R. de Mouy, maître des requêtes au Conseil d'Etat, dit du législateur de 1838 : « C'est à lui que doit revenir le mérite de la création. Il n'a rien trouvé dans la législation passée qui pût être conservé, il a dû tout créer. » C'est peut-être beaucoup dire. Pour n'avoir pas de profondes racines juridiques dans le passé, la loi n'est cependant pas le produit d'une génération spontanée : le législateur ne crée point ; il réunit, il choisit, il ordonne des matériaux déjà existants pour dresser son édifice, et, s'il est vrai que celui de 1838 n'a pas trouvé dans le passé des textes à utiliser, il a eu, du moins, cette bonne fortune de voir fonctionner pendant un siècle, c'est-à-dire, assez pour apprécier exactement leurs qualités et leurs imperfections, les organes obligés de son système : les établissements publics et les établissements privés réservés au traitement des aliénés.

Au moment où l'on tâche à refaire, pour la mieux faire, l'œuvre de 1838, il n'est peut-être pas sans intérêt de rechercher ce que furent ces établissements pendant leur vie libre, comment s'est naturellement formé et développé ce désir de l'autorité supérieure, réalisé par la loi, de les soumettre à sa surveillance étroite et comment l'assistance des aliénés a acquis, pour le conserver à jamais, son double caractère de mesure de police et d'œuvre de bienfaisance.

C'est à Marseille ou près de la ville qu'ont apparu les premiers asiles, c'est donc à Marseille que cette étude peut être le plus féconde en enseignements, si on la fait porter tout à la fois sur l'admission, le séjour et la sortie des insensés internés tant à l'hôpital, asile public, qu'au couvent, asile privé.

(1) *Revue Politique et Parlementaire*. Septembre-octobre 1894. — Paris. Armand Colin.

*
* *

En 1671 (1), un prêtre, l'abbé Antoine Garnier, prit l'initiative de réunir chez lui quelques aliénés, pour une modique pension annuelle de 100 livres, que les familles ne payaient souvent pas. Quelque modeste que fût cette tentative, elle devait être féconde en heureux résultats. Les échevins de Marseille, justement préoccupés des dangers que faisait courir à leurs concitoyens la présence, dans les rues, de nombreux déments indigents, ne tardèrent pas à comprendre le bénéfice que la cité pourrait retirer d'une institution telle que celle de l'abbé Garnier, plus étendue et mieux dotée. Ils conçurent l'idée de créer une maison de retraite pour les aliénés, mais, sagement, sans s'attarder à l'étude de projets coûteux, ils demandèrent à l'abbé de vouloir bien se charger à leur compte, des aliénés pauvres de la ville, qu'ils se proposaient de faire arrêter pour lui être confiés. On aménagea, à cet effet, deux vieilles maisons et, dès 1692, on y opéra la fusion des malades, qui étaient au nombre de seize, sous la direction de Garnier.

On s'aperçut alors combien un tel établissement répondait à un besoin public : des communes les plus voisines, on vint clandestinement déposer des aliénés à la porte de l'hôpital, comme on le faisait pour les enfants, à tel point que le 17 juillet 1695, à la demande des échevins, l'intendant Le Bret dut rendre une ordonnance pour décider le renvoi dans leur pays des hospitalisés étrangers à Marseille (2).

(1) *Essai historique et statistique sur la maison des fous à Marseille*, par le Dr Lautard.— *Histoire des hôpitaux et institutions de bienfaisance de Marseille*, par Augustin Fabre.

(2) Ordonnance de Le Bret, premier président du Parlement et intendant de Provence. 7 juillet 1695.

« Veu la requête à nous présentée par les maires et échevins de la Ville de Marseille ; nous ordonnons que les maires et consuls des communautés dont il y a des insensés dans l'hôpital de la ville de Marseille seront avertis, à la diligence des suppliants et par un porteur exprès, qui tirera un reçu de la lettre d'avis, de les envoyer retirer incessamment, sinon et à faute de ce faire, par lesdits maires et consuls ils y seront contraints par saisie des revenus de leurs communautés ». V. 11 juillet 1708, ordonnance du même

Malgré tout, le nombre des admissions alla toujours en croissant, l'asile devint rapidement trop étroit et il fallut songer à s'en procurer un autre plus grand. Par arrêt du Conseil du Roi, du 3 août 1696, suivi de lettres patentes, l'ancienne léproserie St-Lazare, où n'existait plus un seul lépreux, avait été incorporée à l'Hôtel-Dieu. La Ville l'acheta, et, le 30 janvier 1699, l'abbé Garnier fut invité à y conduire ses pensionnaires qui étaient alors au nombre de 29 : 13 hommes et 16 femmes. Ce fut l'origine de l'asile de St-Lazare, créé par l'autorité municipale, et destiné, en principe, à l'hospitalisation des aliénés indigents.

Les termes de la requête qu'ils adressèrent au Roi pour obtenir l'autorisation de leur établissement indiquent bien quel était le but des échevins : « ayant reconnu », disent-ils, « le soulagement que le public recevait d'être délivré des incommodités des insensés au moyen de l'établissement qu'ils ont fait, ils s'applaudissent d'avoir pris cette mesure puisqu'elle tourne à l'avantage des habitants et on voudra bien approuver leur conduite qu'ils ont tenue, en faisant enfermer des individus qui troublaient le repos de tout le monde ».

Il ne s'agissait pas, il ne pouvait pas s'agir de soulager les déments, mais ceux qui les entouraient ; la création d'un asile d'aliénés constituait donc seulement une mesure de police, de préservation sociale, mais, les aliénés devaient retirer de ce nouvel état de choses une amélioration à leur sort. A leur contact journalier, ceux qui s'étaient imposé la tâche de les garder, devaient s'apitoyer sur leur malheureuse situation, s'efforcer de leur éviter toute rigueur inutile et de leur procurer toutes consolations possibles. Au surplus, l'expérience déjà faite avec le concours de l'abbé Garnier avait éclairé les échevins, aussi le règlement qu'ils rédigèrent reflète-t-il autant d'amour du prochain que d'intelligence des choses publiques.

Administration. — L'hôpital fut placé sous la direction de douze recteurs renouvelables tous les deux ans par moitié et nommés par la municipalité. Le maire et les échevins restaient étrangers à l'administration de la maison, ne se réser-

vant qu'un droit de surveillance et le droit, *en leur qualité de juges de police*, d'ordonner les enquêtes et les séquestrations.

Admissions. — Il était à craindre que dès sa création le nouvel hôpital fût encombré d'idiots ou de paralysés que les familles peu scrupuleuses tenteraient d'y introduire en les faisant passer pour fous, où d'insensés étrangers à la ville ; c'est aujourd'hui encore contre ces invasions que luttent les administrations préfectorales.

On exigea un domicile de secours acquis par la naissance ou par un séjour de dix ans ; néanmoins, les communes voisines dirigèrent de nouveau leurs déments sur Marseille, au mépris de l'ordonnance de 1695. Il fallut une nouvelle ordonnance de l'Intendant pour atténuer cet état de choses. D'autre part, on décida que « seules seraient enfermées, les personnes furieuses qui pourraient causer des désordres publics » (art. 16). On dit aujourd'hui dangereuses pour elles-mêmes ou pour la sécurité publique. Les formalités de l'admission permettaient de se rendre compte de cet état. Lorsqu'un individu est signalé comme devant être enfermé, le maire prie deux recteurs de l'hôpital d'aller le visiter et de s'assurer s'il est de la qualité à être enfermé ; leur enquête faite les recteurs en font connaître les résultats et le maire requiert la force publique pour arrêter et conduire le dément à St-Lazare. (Annexe I.)

« Les recteurs chargés de faire les informations », disait le règlement, « sont priés de le faire, non seulement sans complaisance, mais avec la dernière exactitude, parce qu'il n'arrivera que trop souvent, dans la suite, que les parents voudront introduire dans ladite maison des personnes qui leur seront à charge à cause de quelque vice ou simplicité qu'ils feront passer pour folie ou démence » (Art. 22). Il ne s'ensuit pas que tous les individus envoyés à l'hôpital après la visite des recteurs, aient été tous aliénés, il est même probable que des erreurs regrettables se sont produites et il devait en être forcément ainsi en l'absence d'enquête médicale. Mais, à part cette enquête, dont on ne soupçonnera pas de longtemps encore

la nécessité, on retrouve déjà, dans les formalités et les conditions de l'admission, quelque chose des précautions prises, de nos jours encore, pour justifier les séquestrations dans les asiles et sauvegarder la liberté individuelle. On est pourtant loin de se soucier de cette liberté. Pendant tout le siècle, l'hôpital St-Lazare recevra, en même temps que des aliénés, d'obscures victimes de lettres de cachet ou d'arrêts, et ce sera de la sûreté de celles-là surtout que devront se préoccuper les recteurs qui recommanderont traditionnellement à leurs successeurs de ne les jamais laisser sortir « sans ordres exprès des puissances qui les détiennent dans l'hôpital. » Ce que l'on cherche à éviter surtout ce sont les abus, c'est l'encombrement de la maison par des indigents qui n'y ont que faire et les dépenses injustifiées qu'ils occasionneraient à la ville.

Sorties. — Ce souci d'économie ne pousse pas cependant les recteurs à renvoyer hâtivement les aliénés. Comme l'admission, la sortie est entourée de sages garanties « les insensés », dit le règlement, « qu'on jugera être revenus de leurs infirmités ou qui auront des intervalles convenables ne seront renvoyés que par ordre de MM. les maires et échevins, après qu'il en aura été fait une visite exacte par deux recteurs » (Art 17.) Souvent même les malades qui paraissent guéris ne sont pas seulement visités par deux recteurs, ils sont convoqués devant le bureau réuni qui les interroge, et lorsque le bureau ne se croit pas suffisamment éclairé par cet interrogatoire, il demande des renseignements aux personnes qui vivent habituellement avec les malades (1).

Grâce à leur vigilance, les recteurs étaient parvenus, autant que la chose était possible, à réserver la maison pour l'usage auquel elle était destinée. A moins d'ordres de l'autorité supérieure, il était difficile de faire admettre dans l'hôpi–

(1) Archives des hospices civils de Marseille. Délibérations. Hôpital St-Lazare, E. 3.— Le chantre de l'église St-Victor, enfermé pour cause de démence, demande à sortir se prétendant guéri ; le bureau délibère, à cette occasion « qu'à l'avenir, l'économe et la mère qui veillent sans cesse sur les personnes détenues et sont le mieux à même de donner des éclaircissements, seront consultés ».

tal des déments inoffensifs ; il était difficile plus encore de les y faire maintenir. Dans les cas douteux, le bureau veut bien consentir à garder les détenus en observation pendant un mois, comme il le décida le 8 mars 1772, à la requête du maire de Cassis, pour un habitant de cette localité (1) ; mais quand cette observation permet de conclure que le sujet n'est pas aliéné on s'empresse de le renvoyer. Les archives de l'hôpital ne signalent qu'une seule exception à cette régle (2) : le 17 juin 1779, le sieur Orange, reconnu guéri, expose au bureau le mauvais état de ses affaires, l'exigence de ses créanciers et demande à rester un certain temps à l'hôpital comme pensionnaire libre en attendant l'arrangement de ses affaires. Par un sentiment d'humanité, on lui accorde cette faveur.

Cependant, malgré son caractère de préservation sociale, malgré les garanties dont les recteurs et les échevins l'entouraient, la réclusion des fous ne fut jamais approuvée par l'opinion publique. Le sentiment populaire se rendait très bien compte qu'on internait les aliénés non pas tant pour leur propre bien que dans le but de se débarrasser d'eux, et, ne démêlant pas très nettement l'intérêt supérieur qu'il y avait à le faire, il ne voulait voir dans ces mesures qu'une manifestation du despotisme, une injuste oppression de l'infortune. C'est dans la même idée que la foule, à peu près à la même époque, protestait contre l'arrestation des mendiants et rossait les archers chargés de les enfermer à la Charité. Il ne paraît pas qu'elle ait agi de même à l'égard des cavaliers de la maréchaussée, invités par les échevins à conduire les aliénés à St-Lazare ; c'est, sans doute, que ces hommes d'armes peu endurants lui en imposaient plus que les valets de la Charité. Mais le peuple ne manquait aucune occasion de se rendre à St-Lazare les dimanches et jours de fête et à y causer des désor-

(1) E. 2.— 24 octobre 1734. On renvoie un individu de la ville, (Mathieu Catat), amené le 9 ; il n'est pas fou ; E. 3.— 8 mars 1772. A la requête du maire de Cassis, le bureau délibère de garder en observation Mathieu Eydin pendant un mois.

(2) E. 3.— 21 juin 1779.

dres et des dégâts, au mépris des prescriptions réglementaires que les recteurs renouvelaient sans cesse pour éviter le retour de pareils faits (1). On facilitait les évasions, on allait même jusqu'à les provoquer: c'est ainsi que dans la nuit du 27 au 28 juillet 1775, quatre anciens soldats tentèrent de faire fuir un de leurs camarades de régiment détenu pour faits de démence.

Séjour. — Il est vrai de dire que par suite des préjugés du temps et de l'état même des lieux, la situation des aliénés à St-Lazare ne laissait pas que d'être pitoyable. L'ancienne maladrerie dont les échevins, faute d'autre local, avaient fait l'acquisition, existait déjà en 1210; c'était un édifice incommode et sombre que rien ne paraissait destiner à sa nouvelle affectation. Chaque chambre ou cellule avait 7 ou 8 pieds de profondeur sur 6 de largeur; elle était percée d'une étroite ouverture et fermée d'une lourde porte armée d'énormes verroux. Une chaîne de fer de 10 pieds de long était suspendue à côté de chaque lit dont les pieds scellés dans la pierre assuraient à jamais l'immobilité. C'est dans des réduits de ce genre qu'étaient enfermés et enchaînés les furieux et l'on comprendrait que de nos jours on s'élevât contre de pareils procédés; on comprend moins les protestations du public du XVIIIe siècle; pour chasser cet effrayant préjugé dont les aliénés ont si longtemps souffert, le public ne pouvait qu'en proposer un autre: la liberté absolue des insensés à travers les rues, avec les tragiques accidents qui en sont l'obligée conséquence. Il ne pouvait appartenir qu'à un génie de devancer son temps et de démontrer l'inutilité, le danger même des chaînes; on sait que ce génie s'est fait attendre jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Les recteurs, hommes simples, que n'éclairait d'autre lumière que celle du devoir, admettaient ce qui était admis par toute la France, à savoir qu'il fallait enchaîner, pour être

(1) E. 1. 2. 3. passim. Malgré les ordres repetés du bureau, des personnes entraient dans l'hôpital les dimanches et fêtes, ce qui occasionnait de désordres.

sûrs d'eux, les aliénés aussi bien que les condamnés confiés à leur garde.

Soucieux de la conservation de leur dépôt, on les voit, dans cet ordre d'idées, délibérer sucessivement :

Le 3 janvier 1700 : qu'on ne laissera point sortir les insensés de leurs cellules que par délibération expresse du bureau ou décision du recteur semainier, pour éviter les inconvénients qui pourraient arriver (1) ;

Le 30 janvier 1724 : qu'il restera toujours un valet sur deux afin que. si quelque insensé venait à se déchaîner, on y pût remédier tout de suite (2) ;

Le 2 juillet 1730 : qu'il y a lieu de mettre des chaînes aux chambres neuves et autres s'il n'y en a point, attendu qu'il convient qu'il y ait des chaînes à toutes les chambres (3).

Il est essentiel de répéter que l'enchaînement n'était pas une mesure de rigueur ; les recteurs n'y voyaient qu'une conséquence naturelle et fatale de la séquestration de leurs pensionnaires pour lesquels, d'ailleurs, ils donnèrent maints témoignages d'une vive sollicitude. Certes, malgré cette sollicitude, les aliénés ne devaient pas éviter les brusqueries de leurs gardiens, inévitables, en raison de l'époque. La chronique n'enregistre cependant aucune plainte sérieuse, soit de la part du public, soit de la part de ceux qui rentraient dans la société après un séjour plus ou moins long à St-Lazare ; il ne paraît pas, d'autre part, que si des mauvais traitements ont été exercés ce soit avec l'assentiment des recteurs ; une exception est pourtant à signaler qui permettrait de croire qu'on supposait déjà les aliénés capables de correction. Le semainier ayant fait des représentations à un insensé qui ne lui aurait répondu que par des injures et des propos très indécents avec menace de le

(1) E. 1.— 3 janvier 1700.
(2) E. 1.— 30 janvier 1724.
(3) E. 2.— 2 juillet 1730.

tuer, le bureau délibère, le 17 avril 1775 : « qu'il y a lieu, pour la sécurité des directeurs et le bon ordre de la maison, de lui imposer une peine légère, qu'il sera enchaîné par les pieds et qu'il recevra des menottes. On ne lui donnera pour nourriture que du pain et de l'eau, jusqu'à ce que autrement en soit ordonné par le bureau » (1).

Régime.— Le régime des détenus, physique et spirituel, avait été sagement prescrit par le règlement de 1699, où il est dit :

« Leur nourriture ordinaire, par jour, sera de trois pains de froment de douze onces chacun et même davantage à quelques-uns, s'il est nécessaire ; un tiers de pot de vin mêlé auparavant avec de l'eau, et une soupe solide, matin et soir. (Art. 18) (2).

« Le semainier sera obligé de visiter, tous les jours, la dite maison et d'assister aux repas, pour voir si les insensés mangent tout ce qu'on leur donne, si les officiers en ont soin et s'ils sont tenus aussi proprement que leur misérable état peut le permettre et avertira le bureau de leurs besoins, pour qu'on y donne ordre si la chose est importante, autrement il le fera lui-même, si elle pressait, et n'en donnera connaissance qu'après. (Art. 20).

« Il aura soin, principalement, que dans les bons intervalles des dits insensés, le sacrement de pénitence leur soit administré et réitéré autant que se pourra, selon la prudence et la direction d'un confesseur, afin qu'en cas de rechute dans la démence, ils se trouvent en bon état pour leur conscience. (Art. 21) ».

Quoique frugale, la nourriture était abondante, si bien

(1) E. 3.— 17 avril 1775.

(2) E. 1. — 5 février 1708. « Suivant les vieux règlements de MM. les Echevins, il sera donné un tiers de pot de vin par jour à chaque homme tenu dans cet hôpital et un quart de pot à chaque femme, un quartier de viande pour chaque homme et pour chaque femme aussi par jour de viande et pour le poisson et légume, suivant ce que M. l'économe jugera à propos ».

que dans les premiers temps, les malades gaspillaient le pain qu'on leur donnait ; les recteurs y mirent bon ordre, et l'on nourrit chacun suivant son tempérament et suivant son état d'excitation (1). Il est impossible de voir là un essai d'alimentation raisonnée ou le résultat d'une observation scientifique. Il n'était pas question alors, dans les asiles d'aliénés, de service médical, pas plus pour le traitement des affections mentales que pour les soins à donner aux maladies aiguës.

Soins médicaux.— A St-Lazare, quand l'intervention d'un médecin ou d'un chirurgien devenait nécessaire, on avait recours à un hôpital voisin, l'Hôtel-Dieu, mais, en 1704, les recteurs de l'Hôtel-Dieu craignant les désordres qu'occasionnait la présence d'insensés dans les salles de traitement, délibérèrent de refuser tous les individus atteints d'aliénation mentale, mais ils consentirent à prêter à l'hôpital de St-Lazare le concours de leurs chirurgiens « lorsque besoin serait ».

Le 22 mai 1729, les recteurs de St-Lazare délibérèrent de s'attacher un chirurgien, le sieur Rostaing (2). Ce praticien devait visiter, deux fois la semaine, les malades et les domestiques, les saigner et fournir les emplâtres nécessaires pour les petites maladies. Il achetait les autres remèdes dont l'hôpital lui remboursait le prix sur facture, produite trimestriellement. Il recevait des appointements s'élevant à 90 livres par an, payables par semestre.

Le 2 mars 1732, le bureau, ému des morts subites qui se produisaient parmi les pensionnaires, délibère « de prier le sieur prêtre qui dessert l'hôpital, d'avoir soin également de

(1) E. 1.— 1er avril 1703. « A l'avenir, l'économe ne donnera plus qu'un pain à chaque repas aux pauvres de cet hôpital et après M. le Maître les visitera tous un après l'autre et leur en fera donner davantage s'il est nécessaire, pour éviter qu'à l'avenir on ne trouvera pas tant de pain gâté comme on en trouve à présent dans les chambres des pauvres, à cause qu'on leur en donne trop »

(2) E 2.— 22 mai 1729. « Un chirurgien, M. Rostaing, visitera deux fois la semaine les malades. Il sera tenu de les saigner et de fournir les emplâtres nécessaires pour les petites maladies ; les autres remèdes, il les achètera et le prix lui en sera remboursé sur facture à produire par trimestre ».

faire deux visites, une soir et matin, afin de prévenir certaines morts subites qui n'arrivent que faute de savoir l'état des malades, et que ledit sieur prêtre ait soin d'en informer le sieur semainier, afin que l'on y pourvoie et que l'on puisse appeler le chirurgien ou le médecin, s'il est nécessaire » (1).

En 1758, un médecin et un chirurgien sont nommés titulaires à l'hôpital, avec 80 fr. d'honoraires par an ; en 1761, l'emploi de médecin est supprimé. Le 17 janvier 1768, le salaire du chirurgien est élevé à 100 fr., moyennant laquelle somme, il sera obligé de raser les pauvres, dans l'hiver, de 15 en 15 jours, et dans l'été, de huitaine en huitaine, de les traiter dans leurs maladies et de leur fournir son art et industrie, comme aussi dans leurs blessures, et l'hôpital fournira tous les remèdes, et il en sera de même pour les officiers et domestiques de la maison, qu'il rasera deux fois par semaine ».

On ne parle toujours pas du traitement de la folie, mais l'observation médicale va commencer son œuvre bienfaisante. Le 16 octobre 1774, sur la proposition du chirurgien, le bureau délibère qu'il y a lieu de séparer les furieux des autres détenus (2). Quelque modeste qu'elle soit, cette tentative est à signaler : elle annonce une évolution dans les idées. Cette évolution devait émouvoir l'autorité royale elle-même et provoquer l'apparition d'une *Instruction* officielle, *sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés* (3).

Depuis la création de l'hôpital St-Lazare, d'autres institutions de ce genre étaient nées sur le sol de France. Les hommes de savoir qui y prodiguaient leurs soins aux hospitalisés s'étaient rencontrés dans une même compassion pour ces

(1) E. 2.— 2 mars 1732.

(2) E. 3. — 16 octobre 1774. Le bureau délibère, sur la proposition du chirurgien qu'il y a lieu de séparer les furieux des autres détenus « le grand nombre de pauvres ayant obligé de mettre plusieurs insenses dans les mêmes chambres ».

(3) *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés* — Paris. Imprimerie royale, 1785, in 4°, 44 pages.

infortunés, dans un même désir de soulager leur misère. L'Instruction est née de cette collaboration de la charité et de la science. « C'est, dit-elle, tout d'abord aux êtres les plus faibles et les plus malheureux, que la société doit la protection la plus marquée et le plus de soins ; les aliénés sont de tous les infortunés, la classe la moins secourue, et c'est par cette raison qu'elle exige spécialement l'attention et la surveillance du Gouvernement. »

Tout ce que la médecine était arrivée à savoir de l'aliénation, de ses diverses formes et de ses divers traitements, est condensé dans les quelques pages de l'Instruction.

On fait tomber les liens des aliénés ou tout au moins on leur enlève ce qu'ils ont de cruel et d'humiliant ; on recommande la bienveillance aux gardiens ; on réclame des asiles salubres, un régime sain, des vêtements propres et convenables. Par des divisions multipliées (1), on tend à réunir les insensés dont l'affection est analogue ; on sépare ceux dont les accidents sont opposés ; bien plus, on établit un véritable classement, suivant les vues qu'on a sur leur traitement présent, prochain ou éloigné.

Les recteurs de l'hôpital St-Lazare accueillirent avec faveur l'Instruction et se firent un devoir de concourir aux vues bienfaisantes du Gouvernement, autant que l'état de l'hôpital pouvait le permettre. En 1787, ils installèrent un médecin, qui reçut 300 livres par an et cet emploi ne fut plus supprimé.

* * *

On a vu que le public s'était montré réfractaire à l'intervention de l'autorité publique pour la séquestration des aliénés, et, beaucoup parmi les plus pauvres, refusèrent de con-

(1) On avait déjà délibéré, le 22 août 1792, « d'abord la mauvaise division du logement des malades contribue beaucoup à rendre inutile l'effet des remèdes qu'on emploie à leur guérison, une longue expérience a évidemment prouvé que leurs fréquentes rechutes proviennent essentiellement de la trop grande proximité du voisinage qu'il y a entre les fous et ceux qui sont sur le point d'être parfaitement guéris ou dont les accidents ont éprouvé une diminution notable. » E. 4.

duire leurs malades à l'hôpital, aimant mieux les laisser vaguer dans les rues, exposés aux moqueries de la foule, que de les savoir reclus dans les loges de St-Lazare. Comme par le passé, les familles riches continuèrent à confier les leurs pour lesquels, d'ailleurs, St-Lazare n'était point fait, aux soins qu'ils supposaient dévoués des prêtres et des moines. Soit habituellement, soit exceptionnellement, des couvents accueillirent des déments, et, de bonne heure, plusieurs de ces maisons religieuses se transformèrent en maisons de force. C'est ainsi qu'aux environs de 1730, le monastère de St-Pierre-de-Canon, situé près d'Aurons, commença à recevoir de nombreux aliénés appartenant, en grande partie, à des familles marseillaises.

On saurait peu de choses de l'existence de ce couvent pendant le XVIIIe siècle si, vers 1767, l'administration des religieux Cordeliers qui le dirigeaient, n'avait donné lieu à une plainte qui fut adressée sous forme de placet à Mgr l'Archevêque de Toulouse, en sa qualité de rapporteur de la Commission des Réguliers. Ce placet intitulé : *Mémoire sur la nature et l'état actuel du couvent des Cordeliers, dit St-Pierre-de-Canon en Provence* (1), les rapports de Messires Giraud,

(1) Archives départementales des Bouches-du-Rhône. — Série C. — Intendance de Provence. — Carton 377.

Après un rapide historique du Couvent, l'auteur expose les faits qui s'y passent. Mais ce ne sont pas les mauvais traitements infligés aux détenus qui l'émeuvent le plus, ce sont les manquements commis par les moines aux règles de l'Eglise et aux lois de l'Etat :

Les Observantins ne portent presque jamais l'habit religieux, ils ne disent pas la messe tous les jours, les offices ne sont pas récités, le chrême est suranné, le carême n'est pas observé. Il est démontré avec force arguments que l'existence du Couvent est illégale et que les Cordeliers sont coupables du crime de lèse-majesté pour avoir tu un complot contre le Roi, afin de conserver un pensionnaire.

Par son ordonnance et par son style, volontairement dépourvu d'effets, ce mémoire éveille l'idée d'une plaidoirie dans laquelle l'auteur a cherché à toucher non le cœur, mais l'esprit de supérieurs civils ou religieux : c'est la déposition froide d'un témoin devant la Justice, ce n'est pas l'appel désespéré d'une victime à la pitié.

Nous ne croyons pas nous tromper beaucoup en avançant que le mémoire a été rédigé ou tout au moins inspiré par un sieur Martinenq qui, le 7 décembre

ancien curé d'Aurons, et Ollivier, chapelain de Notre-Dame-de-Puech, qui « connaît ce couvent depuis cinquante ans et l'a toujours vu aller de mal en pis » [1], permettent de se faire une idée exacte de la vie de cette maison et des malheureux qui y étaient enfermés.

« Le couvent de St-Pierre-de-Canon avait été d'abord un hermitage dépendant du chapitre St-Sauveur de l'Eglise cathédrale de la ville d'Aix. En 1458, Robert de Policastre, archevêque d'Aix, de concert avec son chapitre, donna cet hermitage aux Franciscains dits Cordeliers de la régulière observance, et ceux-ci, dans la suite, en firent un couvent sans avoir rapporté des lettres patentes de confirmation de ce nouvel établissement. »

Ces moines se soucièrent toujours fort peu de l'autorité royale et même épiscopale : leur supérieur tâchait seulement à satisfaire la maison-mère de Marseille dont il recevait l'investiture, et à laquelle, en retour, il était tenu de servir une rente annuelle de 30.000 à 40.000 livres. Ils n'avaient sollicité aucune autorisation des pouvoirs publics pour transformer leur ermitage en couvent, ils n'en demandèrent point lorsqu'il leur vint l'idée d'en faire un hospice d'aliénés et une maison de force. La genèse et la mise à exécution de cette idée furent, d'ailleurs, des plus simples.

1767, fournira, à peu près dans les mêmes termes, les mêmes allégations et les mêmes arguments au subdélégué Pascalis chargé de procéder à une enquête.

Ce Martinenq, à la fois abbé et avocat près la Cour de Toulon, jouit dans le couvent d'une liberté relative, ce qui ne l'empêche pas de demander l'autorisation de se rendre de temps en temps à Pélissanne ou à Salon, donner des consultations, soutenir des procès. En 1769, il brouille le couvent avec le sieur Descordes, seigneur d'Aurons, à qui il fait faire un procés par la Communauté qui se voit désavouée par l'Intendant.

Martinenq a la passion de la chicane, et il n'est pas douteux qu'il passe son temps à chercher tous les moyens de l'exercer, aussi n'avons-nous accueilli ses affirmations qu'avec la plus grande circonspection et nous les aurions certainement écartées de notre travail, si elles ne se trouvaient corroborées d'une part, par le témoignage de deux autres prêtres, l'abbé Ollivier et l'abbé Giraud, et d'autre part, par les décisions de l'autorité royale à la suite de l'enquête.

(1) Lettre du 2 avril 1767, même carton.

« Il y a environ quarante ans, dit le *Mémoire*, que le gardien du couvent de St-Pierre-de-Canon reçut un imbécile en qualité de pensionnaire ; y ayant trouvé profit, les Cordeliers se mirent en quête de pareils pensionnaires, pour les envoyer à St-Pierre-de-Canon ; sans autre formalité, ils firent de ce couvent un pensionnat très lucratif, parce qu'il devint très considérable. Ces mêmes Cordeliers proposèrent aux Seigneurs Evêques qui obtenaient des lettres de cachet contre des ecclésiastiques, de les envoyer à St-Pierre-de-Canon, en faisant entendre qu'ils y seraient plus décemment pour leur état et même pour leur personne que s'ils étaient dans des forteresses. En outre, les Cordeliers proposèrent aux parents qui avaient des enfants libertins qu'ils voulaient faire enfermer pour les corriger, de les envoyer à St-Pierre-de-Canon, promettant d'en avoir tout le soin possible, soit pour les faire revenir de leurs égarements, soit de leurs personnes. Ce moyen réussit encore à augmenter le nombre des pensionnaires. »

Voilà donc un pensionnat d'aliénés créé sans l'agrément de l'autorité royale, dirigé par des moines relevant seulement des supérieurs de leur ordre qui ont intérêt à les laisser administrer à leur gré. Pour assurer le bon fonctionnement d'un tel établissement, institué dans de telles conditions, et éviter les nombreux abus qui y sont ordinaires, il aurait fallu un personnel d'élite, des hommes de charité, de bonne éducation, de moralité parfaite. Il est difficile de savoir exactement ce que fut ce personnel pendant la première moitié du siècle ; la déclaration de l'abbé Ollivier laisse toutefois,à supposer qu'il ne valait pas mieux que celui de 1767 ; or, à cette époque, les trois religieux qui composent la communauté sont, au contraire, égoïstes, ignorants, ivrognes, pour ne pas dire pire, et ils mènent — selon l'expression de l'Intendant — « une vie crapuleuse et irrégulière » (1).

Il est bon de répéter que « l'administration de ce couvent est une ferme cordelière qui est donnée par la maison de

(1) Lettre à l'archevêque de Toulouse, 17 avril 1767, même carton.

Marseille au plus offrant et dernier enchérisseur. L'intérêt de ce fermier cordelier est d'avoir le plus de pensionnaires qu'il peut, de les garder le plus longtemps qu'il lui est possible et de dépenser pour eux que le moins qu'il peut ». C'est là, résumé d'une façon saisissante, le règlement de la maison ([1]).

En passant le seuil de St-Pierre-de-Canon, le malheureux confié, à quelque titre que ce soit, aux soins des moines laisse, derrière lui, sa richesse, sa noblesse et jusqu'à sa qualité d'homme pour devenir l'esclave des religieux, pis encore, leur chose personnelle. Dépouillé de ses vêtements qui serviront à habiller les domestiques, il sera parfois contraint de se ceindre les reins d'une serviette pour se garantir du froid dans sa tanière ([2]). Cette tanière est un antre creusé dans le roc et qui n'a aucun toit ; l'eau qui tombe sur la terre qui couvre ces antres filtre à travers et porte l'humidité dans sa demeure ([3]) où son grabat, dont on n'a aucun soin, n'est qu'un peu de paille pour coucher avec une mauvaise couverture de laine ([4]). Comme un trésor dont on est jaloux, on le terre,

(1) Mémoire. — « Le subside annuel d'environ 4,000 livres que ce couvent fait à celui de Marseille sont les présents qu'on fait à quelques Révérends Pères pour s'entretenir avec eux et rester à St-Pierre-de-Canon, car ils n'en sortent qu'après avoir bien plumé la poule. J'en ai vu deux qui de fort pauvres qu'ils étaient quand ils y furent,portant tout leur bagage sous le bras,en sont sortis avec des mulets chargés d'effets et l'argent qu'ils y ont amassé sert à obtenir des bulles pour sortir de leur ordre ». (Lettre du 2 avril 1767. Giraud).

— Les Observantins ne font pas mystère de la pension d'environ 4,000 livres qu'ils font annuellement au couvent de Marseille ; ils font pareillement parade de leur pécule particulier ; et c'est une chose notoire que le gardiennat ou l'économat de St-Pierre-de-Canon est un Pérou Observantin où l'on vient amasser le plus qu'on peut, tant qu'on est maître d'y rester. (Ollivier).

(2) « Les observantins gardent le linge et les habillements de ces prisonniers et les font servir aux usages de ceux qui sont à la charge du couvent, tandis que ceux à qui ces meubles appartiennent en manquent absolument ». (Ollivier).

— « On priva ce vieillard de l'usage de sa redingote pour la conserver et en faire un habillement à un petit domestique du couvent. Ce vieillard se ceignait les reins avec une serviette ou linge pour se garantir du froid ». (Déposition de Martinenq devant le subdélégué Pascalis, le 7 décembre 1767).

(3) Ollivier.

(4) Note concernant le couvent de St-Pierre-de-Canon. Anonyme et sans date.

on le cache aux yeux de tous ; c'est un trésor, en effet, qui, même enfoui, rapporte une grosse rente. On paie 400 livres par an pour lui, dont 300 au moins sont bénéfice pour le couvent ; les moines ont intérêt à le garder le plus longtemps possible et ils ne manquent pas de mettre tout en œuvre pour y arriver. Lui et ses frères de captivité n'ont aucune communication, ni entre eux, ni avec personne, « et même n'assistent point à la messe, de crainte qu'ils n'eussent le moyen de faire savoir leur situation à ceux qui pourraient s'intéresser pour eux, et, par là, les faire retirer du couvent » (1). Tandis que le roturier admis à St-Lazare pourra réclamer les consolations de la religion, recevoir les fréquentes visites de ses parents et se sentira protégé par la sollicitude des recteurs et des échevins, lui, seul avec ses bourreaux, demandera inutilement un confesseur (2), on refusera à sa mère de le voir (3) et, pour décourager tout intérêt, les Cordeliers en « imposeront à ses parents, pour perpétuer sa misère » (4).

Si l'infortuné a conservé un dernier bien, la raison, on le lui enlève ; les religieux de St-Pierre-de-Canon ne se contentent pas de garder des aliénés, ils en font. « Les voyes que les Cordeliers mettent en œuvre pour conserver les prisonniers plus longtemps, est de renfermer étroitement ceux qu'ils peuvent ainsi resserrer pour tâcher de les faire devenir fols ou imbéciles : ils appellent cela *faire un capital,* parce qu'un pensionnaire en cet état leur est laissé à perpétuité » (5).

(1) Mémoire.— « Les observantins leur otoient tout moyen d'écrire, soit à leurs parents pour se réconcilier avec eux soit au ministre pour offrir leur justification, cela avait pour objet de faire durer la détention qui donne du profit à ces pères ». Ollivier.

(2) Mémoire, note et lettres de MM. Giraud et Ollivier.

(3) « Il m'est arrivé... d'avoir été témoin du refus qu'on fit à une mère de voir son fils qu'elle même y avait fait mettre ». (Ollivier).

(4) Mémoire.

(5) Mémoire.— « Quand les Observantins peuvent parvenir à faire tomber dans une démence absolue un de leurs pensionnaires, qui aura quelque manie, ils ne manquent pas de le faire ». (Ollivier).

Sur l'état des détenus daté du 23 juillet 1785, le nommé Jonquières est

C'est pour cela qu'on lui laisse la vie, non comme un droit, mais comme un devoir, et c'est seulement pour lui permettre de remplir ce devoir qu'on le nourrit, et de quelle nourriture ! « Le système de celui qui régit la maison est qu'il faut empêcher de mourir les imbéciles, mais qu'il ne faut pas les engraisser » (1).

Cette peur de voir mourir leurs pensionnaires est le seul frein que les frères mettent à leur colère ; il est pourtant arrivé au supérieur d'en assommer un avec un gros levier « de façon qu'il fût contraint de dire qu'il ne comprenait pas comment il ne l'avait pas tué » (2), mais on préfère d'ordinaire à ces moyens dangereux, les coups de nerf, les chaînes, les menottes, les supplices lents et durables qui ne tuent pas, qui brisent les nerfs, les muscles et la révolte, tels que le seps.

ainsi annoté : « c'est une espèce d'imbécile, sa détention a un peu dérangé sa cervelle. »

Sur le même état figure un sieur Mouton annoté comme suit : « Il n'est pas fol du tout et est détenu par ordre du Roy, c'est un fort galant homme dont les religieux sont fort contents, qui attend en paix et tranquillité qu'on lui rende la liberté. » Le 19 octobre 1790, ce malheureux, qui est toujours détenu n'aura que des réponses incohérentes pour le procureur jurisdictionnel. (Procès-verbal des opérations du procureur. V. l'état aux annexes).

(1) « Pour la nourriture qu'on leur donne elle peut être de la valeur de 130 francs l'an, de la cherté du bled, et de 100 francs lorsque le bled est à son prix ordinaire : cet article aboutit à deux objets, en tenant le cerveau vuide, on précipite dans la démence ceux qui ont quelque penchant, et en même temps on épargne et amasse davantage ». Mémoire.

— « Un de ces pauvres imbéciles s'étant écarté jusqu'à Aurons, aborda la maison curiale, je l'exhortai de se retirer, il résistait disant qu'on le faisait mourir de faim » (Giraud).

— « Il me fut rapporté, au mois de novembre 1763, qu'un pensionnaire nommé Dom Carlos, mourut d'inanition, et presque sans qu'on s'en aperçut. Le P. Charles craignant que les autres imbéciles n'en fissent de même et que par là sa pension ne se dépeuplât, ordonna au cuisinier de donner aux imbéciles de la soupe soir et matin. Cela fut fait et dura trois jours ; après ce temps, il fallut faire du pain : le P. Charles trouva qu'il n'avait pas assez duré. Le frère cuisinier lui répondit que la soupe qu'on donnait de plus en était cause ; il ordonna de la supprimer et de revenir à l'ancien train ». (Ollivier).

— Martinenq, dans sa déposition rapporte un fait semblable.

(2) Ollivier.

L'abbé Ollivier donne la description de cet instrument de torture :

« Le seps, dit-il, est une pièce de bois longue, posée à la hauteur du siège ; elle est entaillée, le prisonnier passe les jambes, on lui met des entraves aux pieds ; par ce moyen, il ne peut plus sortir les jambes, il est obligé de demeurer assis sur cette pièce de bois, et quand il vient se coucher, il se renverse sur le dos, il n'a d'étendue que depuis la ceinture jusqu'à la tête, le reste du corps est dans la position d'un homme assis. Les prisonniers passent dans cette situation nuit et jour, pendant tout le temps qu'on veut les y tenir. Les observantins se font une fête de pareille exécution et s'en vantent après, comme d'une chose fort satisfaisante pour eux ; ils accompagnent tout cela de coups de nerf ».

Devant de telles atrocités, on ne peut que se demander, avec le chapelain de Notre-Dame du Puech, « comment la vérité sur ce qui concerne St-Pierre-de-Canon ne parvenait pas aux gens d'autorité et comment, si la vérité leur était connue, ils fermaient les yeux sur ces abus ».

C'est à un prisonnier comme eux que les aliénés durent sans doute de ne pas demeurer plus longtemps dans leur pitoyable état. Ce prisonnier, que l'on ménageait parce qu'il appartenait à la fois au clergé et à la basoche, était le témoin de leurs supplices, mais c'est bien plutôt poussé par son flair d'avocat, heureux de défendre une cause sensationnelle, que mû par un sentiment de pitié qu'il eut l'idée et trouva le moyen de démasquer les Cordeliers. La Commission des Réguliers, à laquelle son mémoire et les résultats de l'enquête de l'Intendant furent soumis, estima qu'il y avait lieu d'envoyer ces religieux dans une maison de force. Le Roi, qui avait là une belle occasion de les punir de leur mépris pour son autorité, se borna à demander timidement aux Observantins de Marseille, de placer à St-Pierre-de-Canon des personnes agréées par lui et d'abandonner la redevance annuelle servie jusqu'à ce jour.

Les Observantins souscrivirent à ces conditions[1], et s'empressèrent de manquer à leurs promesses en pressant le nouveau supérieur, le Père Brouchon, de leur servir de nouveau une rente. Par un ordre du 25 août 1768 [2], le Roi décida alors « que les 3.600 fr. qu'il était d'usage de donner annuellement au couvent de Marseille, sur les revenus de St-Pierre-de-Canon, seraient appliqués à l'avenir à la libération des dettes de la maison et à son entretien, que tous ouvrages et achats feraient, désormais, l'objet de marchés ou d'états autorisés par l'Intendant, et enfin qu'aucun religieux du couvent ne pourrait être changé sans autorisation royale ». Les Cordeliers de Marseille se soumirent, mais bien à regret, et lorsqu'en 1778 le père Brouchon demanda à être relevé de ses fonctions, il fallut, pour prévenir de nouvelles tentatives, expédier le même ordre à son successeur, le père Durand.

On ne peut savoir le bénéfice que les aliénés retirèrent de l'administration de ces deux supérieurs ; toujours prisonnier, leur avocat était devenu celui du couvent qu'il défendit contre un seigneur voisin et ne signalait plus d'abus, ce qui n'établit pas qu'il n'y en eût plus. Il est à constater, que malgré le scandale de 1767, les familles continuèrent leur confiance à l'établissement, dont le nombre de pensionnaires demeura sensiblement le même. A la vérité, lorsque quelqu'un d'eux s'échappait, le public manifestait sa répulsion pour St-Pierre-de-Canon, en rossant les domestiques envoyés à sa poursuite[3], mais nous savons qu'il ne faut tirer aucune conclusion particulière de ces faits qui étaient la conséquence générale des idées du temps.

En 1784, le Roi voulut bien révoquer le père Durand, dont on n'était satisfait ni à Marseille ni à Aix, et consentit à ne plus intervenir dans la nomination du supérieur, mais, en retour, il exigea que désormais, le Provincial visiterait

(1) Lettre de l'Intendant à M. de St-Florentin, 9 février 1768.

(2) Ordre signé Louis et plus bas Phélipeaux.

(3) Lettre du P. Brouchon à l'Intendant, 1er juillet 1770

St-Pierre-de-Canon deux fois par an et rendrait compte de ses visites (28 juillet 1784) indépendantes de celles que l'Intendant devra faire faire par son subdélégué [1]. Dès ce moment, la chose est à signaler, l'autorité royale a, avec le contrôle de la gestion financière, la surveillance de l'administration générale de l'établissement ; il est intéressant de constater les effets de son intervention.

Deux états que le frère Martinez, supérieur, adressa, le 23 juillet 1785 à l'Intendant, et qui sont ci-après combinés en un annexe (II), donnent d'utiles renseignements sur la situation des détenus. On enferme toujours, à St-Pierre-de-Canon, les victimes habituelles des lettres de cachet, officiers et nobles dissipateurs, ecclésiastiques en délicatesse avec leurs supérieurs ; on y reçoit surtout des aliénés, tantôt sur la demande de leurs familles, tantôt en vertu d'ordres du Roi, d'ailleurs toujours provoqués par les parents. Le prix de la pension s'est élevé, il varie entre 450 et 600 livres par an. On fait une sélection entre les gens raisonnables et les insensés : parmi les premiers, les uns sont admis à la table des religieux, les autres restent dans leurs chambres ; les imbéciles et les furieux sont toujours dans les loges [2]. Naturellement, on mange mieux à la table des religieux que dans les chambres et surtout dans les loges. A en croire le frère Martinez, les insensés feraient constamment gras, et on leur servirait une livre de viande par jour ; Pascalis constate cependant que « la livre de viande n'est pas toujours exactement donnée ; les jours maigres, on ne leur donne que de la merluche, le matin, et des œufs, le soir, et très rarement du fruit ». « Il me semble pourtant, dit-il, qu'eu égard à la pension que ces gens-là payent, ils doivent être nourris différemment et qu'on ne doit pas leur faire manger si souvent du poisson

(1) Ordre signé Louis et plus bas baron de Breteuil.

(2) « Tous ceux qui sont dans les loges sont ou imbéciles ou insensés, comme je l'ai observé dans l'état à l'exception des sieurs Ailhaud et Gay, que les parents trouvent à propos de retenir en sûreté ». Lettre du F. Martinez à l'Intendant, 25 juillet 1785.

salé[1] ». On ne parle plus de mauvais traitements, mais bien qu'on soit à la veille de recevoir l'Instruction ministérielle, on ne parle pas encore de médecin et l'on est en droit de se demander ce que veut dire le frère Sauvan, lorsqu'il écrira, un an plus tard, au sujet d'un pensionnaire, « qu'on a épuisé sur lui tous les remèdes de l'art sans succès » (2).

A partir de 1785, en effet, l'état des pensionnaires ne se modifie plus ; il est le même, lorsque le 19 octobre 1790, le procureur jurisdictionnel d'Aurons vient à St-Pierre-de-Canon assurer l'exécution du décret-loi de l'Assemblée Nationale des 16 et 20 mars de la même année (3).

*
* *

La Révolution n'eut, pour les aliénés, que des mesures de police, renouvelées des anciens règlements : la loi du 26 mars 1790 elle-même, qui paraît dictée par un sentiment de compassion à leur égard, a été inspirée bien moins par le désir d'assurer, sans retard, des soins médicaux à de malheureux déments que par le souci de rendre leur liberté à des individus arbitrairement détenus dans des maisons de force. Aux matériaux recueillis par le XVIIIe siècle, la Révolution se borna à ajouter une pierre, le principe de la liberté individuelle ; elle ne s'employa pas, elle ne pouvait s'employer, à les discuter ni à les utiliser. Pour ce travail de réflexion et de réfection, il fallait des esprits vides de préjugés et de passions, capables d'examiner et d'apprécier sans autre parti pris que celui du mieux, les efforts accomplis par un passé qui, pour avoir été lent, n'en avait pas moins été sûr dans sa marche en avant.

Ces efforts avaient été féconds : ils avaient fait naître et avaient tendu à perfectionner deux institutions nouvelles destinées au traitement des aliénés : les asiles publics et les maisons privées.

(1) Rapport du 17 août 1785.
(2) Lettre du 8 juin 1786 au sujet du sieur Ribiers.
(3) Procès-verbal des opérations du procureur.

Les premiers, créés par l'autorité locale dans un but en somme humanitaire, entretenus et surveillés par elle, rendaient aux déments et à la Société, pour le minimum de dépenses, le maximum de services. Certes, les aliénés n'y trouvaient pas tout le bien-être désirable, mais on s'y efforçait de le leur procurer. C'est dans ces maisons, où l'on ne redoutait aucune lumière, que la médecine, tout d'abord appelée, commençait, à la veille de la Révolution, de jeter, sur la question du traitement de la folie, les clartés de l'expérimentation scientifique.

Les maisons privées, au contraire, avaient été constituées dans un but personnel de spéculation. Leurs fondateurs et propriétaires, partis de cette idée, acceptée de tous, que la séquestration des aliénés est un bien pour leurs familles, avaient fait de ce bien une chose dans le commerce dont ils s'étaient établis vendeurs. Se souciant peu de l'intervention de l'autorité dans leurs affaires, ils s'efforcèrent de vivre ignorés d'elle, ne sollicitant pas son autorisation et fuyant son contrôle. Maîtres absolus chez eux, n'ayant de comptes à rendre à personne de leur gestion, ils trompaient et spoliaient les familles, volaient et maltraitaient leurs pensionnaires.

Cependant, l'établissement public, avec ses imperfections excusables, l'établissement privé, avec ses horribles secrets, constituaient un véritable progrès, car ils correspondaient tous deux à des besoins réels. La sagesse des réformateurs fut, plus tard, de s'en apercevoir et de comprendre aussi, grâce aux enseignements de l'expérience faite, que pour y éviter les abus, pour y introduire l'ordre, il fallait les placer, l'un et l'autre, sous l'action commune et incessante de l'autorité et de la science.

Cette action commune et le principe de la liberté individuelle dégagé par la Révolution, furent les bases sur lesquelles s'édifia la loi de 1838 qui n'est, en somme, que refaite et perfectionnée, l'œuvre entreprise et loin menée par le XVIII[e] siècle.

ANNEXE I

Nous, Maire et Echevins de cette ville de Marseille, juges de police, prions MM. les Recteurs de l'hôpital des insensés de visiter Jeanne Mioulon, fille de Raymond et de Blanche de Labeau, de cette ville de Marseille, demeurant à une traverse, devant M. le lieutenant Bausset, pour sçavoir si elle est de la qualité à estre enfermée.

A Marseille, le 5 janvier 1699.

Signé : DAVID, ROCHEFORT, échevins.

Nous, Recteurs des aliénés d'esprit, déclarons, qu'en vertu de l'ordre ci-dessus, avoir veu et visité la nommée Jeanne Mioulon qu'avait été trouvée estre enchaisnée pour estre tout à fait aliénée d'esprit.

A Marseille, le 5 janvier 1699.

Signé : VIDAN, BONOCHÈRE, recteurs.

Extrait d'un cahier de 16 feuillets contenant les ordres et certificats de visite de même nature, dressés du 7 mars 1698 au 14 septembre 1700. (Archives municipales.— Hôpital St-Lazare. Série GG.).

ANNEXE II

ÉTAT DES PERSONNES DÉTENUES A SAINT-PIERRE-DE-CANON

Frère Martinez, gardien, à Aix, le 23 juillet 1785

RENSEIGNEMENTS pris sur un autre état également fourni par le frère Martinez (1)	NOMS DES PRISONNIERS qui mangent à la table des religieux	PENSION qui est payée pour chacun	NOURRITURE qui est donnée à chacun tant en gras que les jours maigres.
	Messieurs :	Pensions ann[lles]	
Celui-cy croit être duc et épouser une princesse du sang, et qu'une intrigue de cour s'oppose à son mariage, autrement fort aimable	MANEN	600 fr.	La table toujours également et journellement servie, savoir : En gras : soupe, bouilli, deux copieuses entrées, et trois assiettes de fruits.— Le soir, un ragoût, le rôti, salade et trois assiettes de fruits. En maigre : le matin, soupe, quatre plats et trois assiettes de fruits.— Le soir de même, quatre plats, une salade et fruits.
Il n'est pas fol du tout et est détenu par ordre du Roy ; c'est un fort galant homme dont les religieux sont fort contents, qui attend en paix et tranquillité qu'on lui rende la liberté	MOUTON	600 fr.	
C'est un chartreux qui n'est point fol et qui est enfermé par ordre du Roy	Dom JEROME GAILLARD	450 fr.	
Aliéné dans certains moments et fort raisonnable dans d'autres	DU BLOT DE CHAUVIGNY, officier	300 fr.	
	Sa Majesté paie cette pension de 300 fr. pour ce dernier, moyennant ce, la maison est obligée de luy fournir de tout, ce qui fait que depuis vingt-cinq ans, il est à charge du couvent, étant de gros entretien et prenant une livre de tabac par mois.		
C'est un imbécile qui est pourtant dangereux quand il peut avoir du vin	DACLIN. Celui-cy est entretenu aux frais du couvent.	600 fr.	Le traitement est le même, savoir : en gras, le matin, la soupe, bouilli et une entrée ; le soir, un ragoût ou rôti, une salade, et souvent du fruit. En maigre, le matin, la soupe et deux plats, le soir un seulement et presque toujours salade.
	LE CLERC	450 fr.	
	BARQUIN	500 fr.	
	Dom LATIL	450 fr.	
	Renfermés dans les loges, les sieurs :		
Toujours fol et déclamant contre le roy et quelquefois restant nud	DE CHERMONT, officier, Sa Majesté paie.	400 fr.	Tous ces pensionnaires renfermés dans les loges sont imbéciles ou insensés, à l'exception des deux derniers. Ils font continuellement gras ; on leur donne une livre de viande par jour, distribuée en deux parties : le matin, en soupe et bouilli, le soir, en ragoût ou rôti, dans le temps des fruits on leur en donne journellement. Le sieur AILHAUD, qui n'est pas aliéné fait toujours gras à raison d'une mauvaise constitution et est traité également le sieur GAY, détenu pour des traits de jeunesse et dissipation, chaque jour a une entrée et deux plats en maigre. Ces divers traitements proviennent des arrangements et conventions prises par nos prédécesseurs avec les parents qui payent plus ou moins ensuite de la manière qu'ils exigent qu'on les traite.
	DE CROY	412 fr.	
Imbécile et lunatique	POTHONIER	450 fr.	
C'est une espèce d'imbécile ; sa détention a un peu dérangé sa cervelle	JONQUIERES	450 fr.	
C'est un lunatique qui extravague parfois	MOLLARD	352 fr.	
Absolument fol	LIQUIER	450 fr.	
C'est un imbécile qui a mangé son bien, mis le feu à sa maison, qui menace continuellement ses parents	FUNEL	500 fr.	
Il n'est pas fol, il est détenu par ordre du Roy à la réquisition de sa mère morte, depuis le mois de novembre 1784	AILHAUD	450 fr.	
	GAY	500 fr.	

(1) Cet état, sans date certaine, paraît, par le rapprochement des dossiers des prisonniers, avoir été dressé après le mois de novembre 1784, avant le 10 février 1785.

Résultats du traitement des névrites périphériques par le massage et la gymnastique médicale

Par le Dr Bouissou, de Marseille.

Il nous a paru intéressant de rapporter au Congrès l'observation suivante dont le sujet présentait à la fois des symptômes pouvant être franchement rapportés à la névrite périphérique, et d'autres qui devaient faire penser au tabes, — symptômes qui presque tous ont été considérablement améliorés sinon guéris par la cinésie et la massothérapie. Les anamnestiques rapportés au cours de cette observation nous ont semblé dignes de foi ; M. R... a su observer avec intelligence et préciser toutes les phases de sa maladie, et il nous les a rapportées minutieusement.

Le malade fait remonter le début de son affection au mois de juillet 1897. Il avait alors 32 ans. Le premier phénomène qui frappe son attention est celui que l'on a décrit sous le nom de dérobement des jambes ; il s'aperçoit en même temps que ses jambes sont affaiblies, et qu'il n'a plus toute la sûreté voulue pour descendre l'escalier. Ces troubles moteurs s'accentuent progressivement, et 5 mois après, à Nice, le malade se rend nettement compte que la marche sur un plan horizontal en est gênée ; il observe en même temps, que la miction, autrefois correcte chez lui, se fait en deux actes avec un arrêt intermédiaire. Dans les premiers mois de 1898, le malade, suivant ses propres expressions, peut encore marcher d'une allure un peu accélérée ; mais il lui est impossible de courir. Dès cette époque il observe que sa jambe gauche est beaucoup plus atteinte que la droite. En juin et juillet de la même année, douleurs lombaires assez fortes. En septembre le fonctionnement de la jambe gauche est devenu presque impossible, tandis que la droite n'est que légèrement atteinte.

En somme, troubles exclusivement moteurs, localisés aux membres inférieurs sur la jambe gauche bien plus que sur la jambe droite et qui ont suivi depuis quinze mois une marche progressivement aggravante. Le malade n'a jamais ressenti

dans les membres aucune douleur fulgurante ; à différentes reprises seulement il a eu comme une sensation de constriction aux chevilles, tantôt à droite, tantôt à gauche, légèrement douloureuse, et qui durait trois quarts d'heure ou une heure. Il n'a jamais éprouvé de crises douloureuses gastriques ni viscérales d'aucune sorte.

Sur les conseils de M. le Dr Daniel, son médecin, M. R.... se rend à Lamalou pour une cure balnéaire. M. le Dr Belugou qui l'examine à son arrivée dans les derniers jours de septembre, et qui le suit pendant les 21 jours que dure le traitement, porte le diagnostic de *polynévrite périphérique*, avec le pronostic suivant : résultat immédiat bon ; résultat définitif très favorable. Le malade est en effet très amélioré, à son retour à Marseille ; lors de son arrivée à Lamalou il devait littéralement se faire porter à bras ou en voiturette ; il peut maintenant faire quelques cents mètres, en s'appuyant d'un côté sur le bras d'un aide, et de l'autre sur une canne.

C'est à ce moment qu'il vient demander nos soins à notre Institut, le Dr Belugou lui ayant conseillé le massage et la gymnastique médicale. Le traitement est commencé dans les premiers jours de novembre : massage des membres inférieurs du ventre et du dos ; gymnastique de mouvements appropriés actifs et passifs, et au bout d'un mois exactement, le malade commence à marcher avec le seul appui de sa canne. A l'heure actuelle il peut faire trois et quatre kilomètres sans fatigue ; il monte et descend les escaliers d'une façon presque correcte.

L'examen méthodique du malade relève actuellement ce qui suit :

Facies bon ; l'état général, l'embompoint, l'état psychique qui avaient subi du fait de la maladie une atteinte assez sérieuse, sont redevenus ce qu'ils étaient avant.

Tube digestif : dyspepsie atonique légère ; la constipation, peu marquée à un moment donné, a disparu par le massage.

Arbre respiratoire absolument normal. Rien au *cœur*, ni lésion anatomique, ni troubles fonctionnels, ni œdème, ni varices, ni hémorroïdes.

Organes génito-urinaires : urination normale ; le malade ne se lève pas la nuit ; pas d'excitation génésique, ni de pertes séminales ; pas de sensations voluptueuses anormales, ni de douleurs.

Sommeil normal. — Pas de troubles de la sensibilité cutanée ; les sensations de contact, de douleur, de chaleur, de froid, sont absolument normales, fines, sans retard. — Rien à signaler du côté des organes des sens, sauf un léger ptosis gauche ancien. Réflexes patellaires abolis, de même que ceux du bras ; les reflexes cutanés et crémastériens sont conservés. La démarche est encore un peu incertaine à gauche ; la jambe droite a repris sa force musculaire normale, et toute la précision de ses mouvements ; la gauche est encore faible et ses mouvements sont incoordonnés. En marchant les yeux fermés le malade titube légèrement, mais ne tombe pas. Pupilles paresseuses, mais réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Antécédents : héréditaires nuls ; avant l'apparition des troubles moteurs, neurasthénie légère due au surmenage intellectuel et physique auquel était soumis le malade depuis plusieurs années par sa profession.

Syphilis contractée il y a 10 ans, bien soignée, et dont le traitement n'a jamais été interrompu.

Le malade, à ce jour, très satisfait de son état, se propose de continuer son traitement quelques mois encore et de faire un nouveau séjour à Lamalou.

BANQUET DU CONGRÈS

Le jeudi, 6 avril, à 8 heures du soir, dans les salons de la Maison Dorée se réunissaient les Congressistes. La salle était magnifiquement décorée. Quant au menu, il était signé du maître de la maison, Peyrard, nom si connu des Marseillais, qu'il n'a besoin d'aucun commentaire, Les convives étaient au nombre de 63. M. Schrameck, secrétaire général de la Préfecture ; M. le Maire ; M. le Procureur de la République ; M. l'Inspecteur général Drouineau, etc., avaient bien voulu répondre à l'invitation du Congrès. MM. le Préfet des Bouches-du-Rhône, le Président du Conseil général et le Président du Tribunal civil s'étaient fait excuser. Les dames étaient environ une dizaine. Au champagne, M. le D[r] Doutrebente, président du Congrès, ouvre la série des toasts :

Mesdames, Messieurs,

Je vous propose de porter la santé du représentant du Gouvernement de la République, M. le Secrétaire général de la Préfecture des Bouches-du-Rhône, dont le prestige à nos yeux est accru, de ce fait, qu'il appartient de très près à la famille médicale, par sa parenté étroite avec le professeur Bernheim qui fut souvent notre collègue et qui nous a donné, à plusieurs reprises, des preuves certaines d'amitié et de sympathie.

Nous osons espérer, Monsieur le Secrétaire général, qu'en acceptant pour vous l'assurance de nos sentiments dévoués, vous informerez votre très estimé parent, le professeur Bernheim, du témoignage ardent de confraternité et d'admiration que nous professons pour sa personne et ses travaux scientifiques.

Monsieur le Maire,

Il s'est produit à Marseille, en notre faveur, grâce à votre intervention et aux relations de notre collègue, le D[r] Boubila, un mouvement rapidement généralisateur, qui s'est propagé des corps administratifs et électifs, du Conseil général au Conseil municipal et au Corps médical marseillais.

Vous avez tenu, Monsieur le Maire, et aussi vos collègues du Conseil municipal, à démontrer que rien de ce qui intéresse le mouvement scienti-

fique ne vous était indifférent et vous avez voulu l'affirmer, mardi soir, à des philanthropes passionnés, dont la sphère d'action se borne à prendre soin des êtres choisis parmi les plus malheureux et les plus déshérités de l'espèce humaine.

Si, d'un côté, vous pensez, sans cesse, à développer les conditions du bien-être de chaque citoyen, en lui facilitant les moyens de s'instruire et de développer ses facultés physiques, morales et intellectuelles, en lui donnant, en un mot, la préparation nécessaire à la lutte pour l'existence, nous avons, nous, d'un autre côté, la noble mission de recueillir, consoler et souvent de guérir les vaincus, les blessés de cette lutte, les faibles ou les dégénérés.

Nous poursuivons donc, en réalité, en des circonstances différentes, le même idéal, le même but philanthropique, humanitaire et social ; nous devions nous rencontrer un jour, car nous avons aussi la même devise, la fraternité, avec et pour sanction pratique et tangible, la solidarité.

A votre santé, Monsieur le Maire, nous garderons de la soirée passée à l'Hôtel de Ville, un long et agréable souvenir.

Je lève aussi mon verre en l'honneur de notre excellent ami et digne collègue, le Dr Boubila, l'organisateur réel de ce Congrès, et j'ajoute que je ne puis le séparer, en ce toast, du secrétaire anonyme et discret que fut Madame Boubila. Bien souvent, je me suis reproché d'avoir apporté, depuis 6 mois, dans leur vie intime et si loyalement unie, le trouble occasionné par les préoccupations multiples et incessantes de la préparation d'un Congrès ; mais je m'en réjouis aujourd'hui, puisque la réussite a couronné leurs efforts et qu'ainsi, ils sont largement récompensés de leurs peines.

A votre santé, mon cher Boubila, et à celle de votre digne compagne, Madame Boubila.

Je lève encore mon verre en l'honneur du Dr Anglade qui, à l'occasion d'un rapport sur les *Délires systématisés secondaires*, a fait un travail de longue haleine, dont on ne saurait trop louer la valeur intrinsèque, l'importance et les conséquences ultérieures ; il a dû mettre au point, et il y a réussi, l'une des questions les plus discutables et les moins étudiées, on ne sait trop pourquoi, de la pathologie mentale.

Que nous disait-on, jadis, à propos des médecins adjoints, qu'ils ne faisaient rien en province, et que n'a-t-on pas dit du Dr Anglade lui-même, qui, modeste médecin adjoint en province savait, comme le juste, se contenter de son sort et demandait à se recueillir et à travailler dans le silence et le calme du laboratoire. Nous l'avons arraché à ce silence et à ce calme, pour notre plus grand profit à tous ; il nous a, en effet, donné un travail qui fera époque dans notre spécialité.

Le Dr Anglade a su, par l'étendue de ses connaissances bibliographiques, nous faire connaître les travaux faits à l'étranger et il a réussi, par une heureuse combinaison de ses qualités de psychologue, de clinicien et

d'histologiste, à nous initier à la réalité et à la multiplicité des délires systématisés secondaires.

A votre santé, cher Monsieur Anglade et à celle de votre premier maître en médecine mentale, le Dr Régis, de la Faculté de Bordeaux.

Je porte encore la santé du Dr Taty, chef de clinique, du professeur Pierret, de Lyon, l'un de nos rapporteurs, qui prendra demain la parole à la séance matinale ; nous le connaissions depuis longtemps, et nous savions qu'en le désignant pour traiter la question des aliénés méconnus et condamnés, il saurait produire un travail que, mieux que personne, il était en mesure de mener à fin, puisque, déjà médecin aliéniste, il a tenu à faire son droit.

A votre santé, mon cher collègue et à celle de votre savant maître, le professeur Pierret.

Dans quelques jours, les pouvoirs du Président du Congrès actuel cesseront ; mais déjà le succès du Congrès de Limoges est assuré par la nomination du Dr Gilbert Ballet, que vous avez nommé président il y a quelques heures, avec une si touchante unanimité. Ce résultat, Messieurs, était attendu par nous, et il m'autorise presque à ne pas remercier le Dr Ballet du service immense qu'il a rendu au Congrès en traitant, ce matin, avec l'autorité incontestable et incontestée qui lui appartient, la question des psychoses poly-névritiques. Ce qu'il y avait à faire, vous l'avez fait, Messieurs, et je ne saurais mieux faire.

Mesdames, Messieurs, je porte la santé du Dr Gilbert Ballet, professeur à la Faculté de Médecine et médecin des hôpitaux de Paris, président du Congrès de Limoges en 1901.

M. le Dr Boubila, secrétaire-général, prend ensuite la parole :

Mesdames, Messieurs,

Avant de répondre aux paroles trop flatteuses de notre éminent Président, permettez-moi de lever mon verre à vous, Mesdames, qui avez bien voulu honorer ce banquet de votre présence. Vous avez pu tous admirer dans notre Palais Longchamp les immortelles fresques du maître Puvis de Chavannes, si épris de la beauté antique. Ne penserez-vous pas avec moi, Messieurs, qu'un Phocéen, fondateur de cette cité, un des joyaux de la Patrie, réveillé de son sommeil séculaire et mis en présence de ces pages sublimes, les contemplerait avec la sensation d'une chose vécue. Il y reconnaîtrait ses compagnons, ses sœurs, et s'il pénétrait dans cette enceinte il vous croirait, Mesdames, descendues du cadre. Votre Président que vos suffrages ont élevé à cette fonction enviée de présider une élite et qui le mérite si bien par ses qualités de science, de parole et de cœur a bien voulu

m'honorer de ses éloges. Je les accepte volontiers, mais en les portant plus haut. C'est à MM. le Préfet, le Président du Conseil général, le Maire, le Directeur de l'Ecole de Médecine, que vous auriez dû vous adresser, mon cher Président. Ce sont eux qui méritent vos éloges et notre reconnaissance pour le haut appui moral qu'ils ont apporté au Congrès à sa naissance et pour les subventions qu'ils nous ont voté et qui ont permis au nouveau-né de parcourir une carrière qui méritera, je l'espère, votre approbation. Permettez-moi de lever mon verre, en leur honneur, sans oublier le Corps médical marseillais tout entier, dans lequel je suis fier de compter de si nombreux amis. Je vous prierai de m'autoriser en votre nom à remercier la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux, si brillamment représentée par son président, M. le professeur Arnaud. Nos confrères des hôpitaux dont la science est si connue et le dévouement aux déshérités si apprécié, ont voulu vous donner une éclatante marque de leurs sentiments de bonne confraternité en vous invitant hier à une brillante et cordiale réception.

Je suis sûr d'être l'interprète de tous mes collaborateurs, notre dévoué trésorier le Dr Lachaux, mes collègues de l'Asile et mes confrères de la ville qui, au nombre de plus de 50 ont répondu à notre appel, en vous disant que nous ne désirons qu'une récompense, c'est que vous emportiez un souvenir durable de votre visite à Marseille.

Permettez-moi, au nom du Congrès, d'adresser à M. le Ministre de l'Intérieur nos respectueux remercîments pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en déléguant à nos séances, M. le Dr Drouineau, inspecteur-général qui a apporté à ce Congrès la valeur éminente de sa personne et de ses fonctions. Je bois à la santé des maîtres de la science aliéniste et neurologiste dont la parole autorisée a jeté un si vif éclat sur nos séances.

Nous avions espéré posséder ce soir au milieu de nous, Mme et M. Paul Boude, fille et gendre du savant aliéniste, le regretté Sauze. Ils n'ont pu à leur grand regret et au nôtre, accepter l'invitation qui leur avait été adressée. Qu'ils veuillent bien agréer tous les deux notre reconnaissance émue pour le don gracieux qu'il ont bien voulu faire au Congrès du menu artistique placé sous vos yeux et qui représente fidèlement les traits d'Aubanel et de la photographie de Sauze que vous trouverez plus tard dans le volume du Congrès.

Vous m'en voudriez certainement, Messieurs, si je terminais sans adresser vos chaleureux remercîments à MM. les docteurs Motet, de l'Académie de Médecine et Petrucci, directeur-médecin qui nous ont si magistralement précédé dans le dernier Congrès d'Angers, que nous craignons d'être restés au-dessous de notre tâche.

M. Schrameck, Secrétaire-Général de la Préfecture des Bouches-du-Rhône, remercie M. le Président des paroles si aimables qu'il a bien voulu adresser à son parent, M. le pro-

fesseur Bernheim qui a vivement regretté de ne pouvoir se rendre à Marseille. Il ajoute qu'il sera heureux de lui transmettre les sympathies du Congrès.

M. le Maire prend la parole, et, dans une improvisation charmante, pleine de cœur et d'esprit, tient sous le charme tous les congressistes.

Tour à tour, MM. Vallon, médecin en chef des Asiles de la Seine ; Maunier, vice-président du Congrès ; Livon, directeur de l'Ecole de Médecine, prennent la parole.

M. Régis, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux, prononce l'allocution suivante :

MESDAMES, MESSIEURS,

Je remercie notre aimable Président de sa délicate allusion de tout à l'heure, mais je suis obligé de déclarer sans fausse modestie que je n'ai été que bien peu, trop peu à mon gré, le maître de notre brillant rapporteur M. Anglade, dont l'essor scientifique, si plein de promesses, est tout personnel. Et je n'en suis que plus à l'aise pour applaudir de nouveau et de tout cœur à son succès.

Avant d'aspirer à être maître, d'ailleurs, je dois me souvenir que je fus élève moi-même et jamais ce souvenir ne me fut plus doux qu'aujourd'hui.

J'ai eu l'honneur en effet d'être, il y a 22 ans, l'interne de notre Président, M. Doutrebente : c'est vous dire quelle joie profonde est la mienne, en ce moment.

M. Doutrebente a été pour moi le modèle des maîtres et des amis.

Comme maître, il m'a fait connaître et aimer notre spécialité, en me communiquant le fruit de son expérience personnelle et en me nourrissant des traditions des grands aïeux, en particulier de Morel, ce clair et synthétique génie de la psychiatrie française, dont les vues larges et profondes éclairent et guident encore la plupart de nos études et de nos travaux.

Comme ami, il m'a accueilli avec la bonté la plus cordiale et la plus franche, m'ouvrant toutes grandes les portes de ce cœur qui, mal à l'aise dans la poitrine qu'il déborde, s'épanche dans tous les actes de notre Président, dans le rayonnement de son loyal visage, dans son sourire, dans son serrement de main et souvent aussi, vous le voyez, jusque dans ses yeux.

De tels liens se sont ainsi créés entre nous que le temps ayant effacé la différence des âges — d'autant qu'il rajeunit pendant que je vieillis — nous sommes devenus peu à peu comme deux frères étroitement unis.

Voilà pourquoi l'élévation à la présidence de notre Congrès de mon

maître et ami Doutrebente m'a comblé de joie, comme lui, et pourquoi je n'ai pu résister, en cette circonstance si honorable et si solennelle de sa vie, à lui dire et à vous dire tout mon bonheur. Vous voudrez bien me le pardonner.

A mon maître et ami, le Président Doutrebente.

M. Gilbert Ballet remercie le Président du Congrès de Marseille des paroles aimables qu'il a adressées au président désigné du Congrès de Limoges : il veut se borner à formuler un vœu, c'est que le Congrès de 1901 ait le même succès que celui de 1899, que la direction et l'organisation en soient aussi parfaites, et qu'il trouve près des autorités locales et du corps médical de Limoges le même accueil sympathique qu'ont trouvé les congressistes à Marseille.

Tous ces discours ont été couverts d'applaudissements.

SÉANCE DU VENDREDI 7 AVRIL

9 heures du matin.

M. Taty fait l'exposé de son rapport sur les aliénés méconnus et condamnés.

Discussion

M. Granjux (de Paris). — Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude de cette question si grave « les aliénés condamnés », d'une part, dans la connaissance exacte de ce que deviennent au point de vue de l'aliénation mentale les militaires condamnés, et, d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant pas eu maille à partir avec la justice. Je vais avoir l'honneur de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Comme les recherches statistiques ne valent que par la confiance qu'inspirent les travaux sur lesquels elles reposent, je dois déclarer, avant tout, que je me suis servi exclusivement d'un document dont l'impartialité s'impose, « la statistique médicale de l'armée », rédigée au Ministère de la guerre d'après les rapports établis par le service de santé. Mes calculs, basés sur des données officielles, en tirent toute leur valeur.

I

Comme vous le savez, sans doute, les résultats de l'action de la justice militaire peuvent se résumer ainsi :

a) Les militaires condamnés par les conseils de guerre subissent leurs peines soit dans des prisons, soit dans des pénitenciers, soit dans les ateliers de travaux publics.

b) Indépendamment des conseils de guerre, les hommes de troupe sont justiciables des conseils de discipline régimentaires, qui ont qualité pour prononcer l'envoi dans les compagnies de discipline — vulgairement appelées *biribi*, — où sont envoyés directement les mutilés volontaires.

c) A leur sortie de prison, les militaires sont dirigés sur les bataillons d'infanterie légère d'Afrique — appelés en argot militaire *bat d'af* ou *joyeux* — où sont reçus dès leur incorporation les jeunes soldats déjà frappés par la justice civile.

Or, grâce à la statistique médicale de l'armée, il est facile de savoir combien chacun de ces groupes a subi de réformes du fait de l'aliénation mentale, par conséquent comment il se comporte vis-à-vis d'elle. On peut avoir aussi facilement les mêmes renseignements pour le reste de l'armée. Voici ces données :

1° Prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics.

Dans ce groupe, on a réformé pour « aliénation mentale, paralysie générale, idiotie » :

En 1893, 6 hommes sur un effectif de 4.935, soit 1,2 °/₀₀,

En 1894, 6 sur 5.204, soit 0,9 °/₀₀,
En 1895, 10 sur 5.024, soit 2 °/₀₀,
En 1896, 6 sur 4.076, soit 1,5 °/₀₀.

Ainsi donc *dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, on réforme annuellement pour aliénation 1 homme 1/2 sur 1.000 ;*

2° Compagnies de pionniers et de fusiliers de discipline.

Pour les motifs ci-dessus indiqués, on a réformé dans ces corps d'épreuve :

En 1893, personne, sur un effectif de 771,
En 1894, 2 sur 875, soit 2,3 °/₀₀,
En 1895, 4 sur 902, soit 4,4 °/₀₀,
En 1896, 5 sur 717, soit 6,9 °/₀₀.

Conclusions, même en comptant l'année 1893, où aucun aliéné n'a été trouvé *parmi les disciplinaires, on réforme actuellement, pour aliénation, 3,4 de ces hommes sur 1.000 ;*

3° Bataillons d'infanterie légère d'Afrique.

On y a réformé, toujours pour les mêmes affections :

En 1893, 5 chasseurs sur un effectif de 4.864, soit 1 °/₀₀,
En 1894, 3 sur 5.532, soit 0,5 °/₀₀,
En 1895, 6 sur 6.494, soit 0,9 °/₀₀,
En 1896, 6 sur 6.527, soit 0,9 °/₀₀.

On réforme donc aux bataillons d'Afrique, pour aliénation mentale, en moyenne chaque année, 0,8 d'homme pour 1.000 ;

4° Armée, moins les prisonniers et les corps d'épreuve.

Si de la statistique totale de l'armée on décompte tout ce qui est afférent aux trois groupes précédents, on voit que « l'aliénation mentale, la paralysie générale, l'idiotie » ont nécessité pour le reste des troupes :

En 1893, 202 réformes sur un effectif de 459.284, soit 0,4 °/₀₀,

En 1894, 217 sur 480.662 présents, soit 0,4 °/₀₀,
En 1895, 265 sur 477.345 présents, soit 0,5 °/₀₀,
En 1896, 215 sur un effectif de 497.505, soit 0.4 °/₀₀.

On réforme donc pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et des corps d'épreuve, en moyenne 0,4 pour 1.000 présents.

II

Si l'on rapproche les résultats précédents, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année :

1,5 réforme dans les prisons,
3,4 réforme dans les compagnies de discipline,
0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique,
0,4 réforme dans le reste de l'armée.

Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants :

1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

2° Il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

3° Il y a, aux compagnies de discipline, huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

III

Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuve ?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles :

1° La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée. Il est hors de conteste que dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, bataillons d'Afrique, compagnies de discipline, la simulation est en honneur ; il y a là des méthodes habiles secrètement transmises, des procédés qui se modernisent, et avec lesquels

le médecin doit compter. Mais en supposant que la bonne foi de l'expert soit surprise, ce ne peut être que de temps à autre ; et les réformes ainsi escamotées ne sauraient être bien nombreuses, étant donné surtout la difficulté avec laquelle le commandement les accorde pour cette catégorie de militaires. C'est donc un facteur dont il faut tenir compte, mais qui n'est pas suffisant, à lui seul, pour fournir l'explication cherchée ;

2° En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens *non prédisposés*. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse, dont la réalité serait si honteuse pour notre armée ; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation ;

3° On peut rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des *héréditaires prédisposés* qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière, au point de vue du diagnostic ;

4° Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus, lors de leur comparution en conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve, et voici sur quoi nous basons cette opinion :

En réalité, les manifestations du déséquilibre mental qui se produisent dans l'armée peuvent être divisées, quant aux

suites qu'elles ont pour leurs auteurs, en deux catégories, suivant qu'elles semblent ou non constituer des actes d'indiscipline.

Dans le premier cas : absence illégale, injures, refus d'obéissance, rébellion, voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose, d'autant que la notion de cette autre chose lui est étrangère. Si ce soi-disant indiscipliné est, par hasard, un cérébral, son état sera méconnu, car les fugues et les impulsions des épileptiques, l'état second des hystériques, les actes extravagants des dégénérés, et, plus particulièrement, des fous moraux, les formes de début de l'aliénation et surtout de la paralysie générale, l'alcoolisme dans ses manifestations si multiples sont ignorés des chefs militaires, alors qu'ils sont loin d'être rares dans cette armée où trop de parents, qui la prennent pour une maison de correction, y glissent des enfants réputés incorrigibles, et vous savez ce que cache souvent cette étiquette.

Si, au contraire, les actes de l'individu ont frappé par leur bizarrerie, s'ils n'ont pas de relations avec le service, ou si même s'étant produits dans le service, ils n'ont pas porté atteinte à la discipline, dans ce cas l'homme est envoyé à la visite du médecin du corps.

En résumé, les actes commis par des militaires entrant dans l'aliénation sont jugés, en premier ressort, exclusivement par les officiers. De ces faits, les uns sont fatalement considérés comme des actes d'indiscipline, et, à l'heure actuelle, il ne saurait en être autrement ; leurs auteurs ne sont point soumis à un examen médical et sont l'objet de punitions ou de condamnations. Personnellement, dans les nombreuses années que j'ai passées dans les corps de troupe, jamais je n'ai été appelé à me prononcer sur l'état mental d'individus traduits en conseil de guerre ou de discipline. Seuls des actes non taxés d'indiscipline, et de ceux-là seulement, le commandement se décharge sur les médecins.

Telle est la façon dont les choses se passent ; elle explique, croyons-nous, comment les prédisposés et les aliénés peuvent aller dans les prisons et dans les corps d'épreuves.

IV

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. L'afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tient — nous venons de le démontrer — à l'absence d'un filtre capable d'arrêter les cérébraux au seuil des conseils de guerre ou de discipline. On mettrait donc fin à cet état anormal, en construisant le barrage en question. Eh bien, rien n'est plus simple. Il suffirait de prescrire que dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Nous ne prétendons pas que les médecins de régiment pourront trancher au pied levé toutes les questions de responsabilités ; loin de là ; il y aura toujours nombre de cas embarrassants, demandant une observation attentive, prolongée, et faite dans un milieu spécial ; mais les signaler est déjà chose capitale. Le but à attendre de l'examen que nous réclamons est non pas de résoudre complètement et définitivement des questions d'essence si complexe, mais d'éclairer la religion des juges militaires, de faire faire les enquêtes et études nécessaires, enfin de ne pas laisser prendre des malades pour des coupables.

V

Tout ce que nous venons de dire peut, en définitive, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La statistique médicale de l'armée établit que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double

dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demie plus considérable dans les compagnies de discipline :

2° La raison en est que nombre de prédisposés, d'aliénés confirmés ou au début, sont fatalement méconnus, lors de leur comparution aux conseils de guerre ou de discipline ;

3° On empêcherait, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs, en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline serait soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps ;

4° Il est désirable que cette mesure, si facilement réalisable, devienne rapidement obligatoire.

Un aliéné méconnu et condamné après expertise médicale

Par le Dr Samuël GARNIER, médecin en chef, directeur de l'Asile de Dijon.

En venant vous entretenir du diagnostic erroné qui fit jadis condamner un malheureux aliéné comme criminel, mon but n'est pas, j'ai à peine besoin de le dire, de prendre à partie les deux experts qui, commis pour se prononcer sur sa mentalité, la jugèrent saine avec la meilleure foi du monde. *Errare humanum est*, a dit avec sagesse un vieil adage latin, et il est certain qu'il sera éternellement vrai ; mais en relatant cette erreur, je crois rentrer dans la question mise au programme des travaux du Congrès, car la seule différence qui existe entre les cas d'aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux et le mien, c'est que pour les premiers il n'y eut pas d'expertise, tandis que pour celui dont je vais m'occuper, une expertise régulière avait été provoquée par le magistrat instructeur. Cette dernière circonstance augmente à mon sens l'intérêt qui s'attache à mon observation ; car s'il est bien de préconiser l'obligation des expertises sur l'état mental des délinquants, pour éviter à des aliénés d'être condamnés, il ne

serait pas mauvais non plus de restreindre, sinon de supprimer, les erreurs possibles d'expertise, puisque leurs conséquences peuvent être aussi désastreuses que les omissions d'expertise.

Voici l'exposé des faits :

B..., garçon meunier, après avoir passé une partie de la soirée du dimanche 30 mars 189..., dans l'auberge de la commune de R...revint à 10 heures au moulin, avec deux domestiques comme lui, et fut se coucher. Quelque temps après il se releva pour aller mettre le feu à une meule de paille, située à 30 mètres du moulin. Lorsqu'il vit les flammes qui commençaient à s'élever, il courut réveiller ses camarades et appela au secours. Ce jour-là il avait bu plus que de coutume. Le dimanche 11 mai suivant, dans la nuit, à V... vers deux heures du matin, il mit, avec des allumettes, le feu dans de la paille de maïs qui se trouvait appuyée contre le mur d'une maison et celle-ci devint la proie des flammes. La femme C... et sa fille qui l'habitaient, surprises dans leur sommeil, ne durent leur salut qu'au dévouement des voisins accourus et de B... qui, après avoir donné l'alarme, participa aux efforts tentés en vue de conjurer le danger et sauva lui-même la fille C... par la fenêtre de la maison. Le dimanche 1er juin, vers dix heures du soir à R...., B... qui avait encore passé la soirée à l'auberge, mit une troisième fois le feu par derrière à une maison en chaume, dont le bord du toit était distant de 2 mètres 50 du sol et s'éloignait. Après avoir fait 300 mètres, rencontrant un domestique il l'arrêta pour lui montrer les flammes qui commençait à briller et se décida à retourner avec lui pour porter secours et éveiller les habitants de la maison. Rentré ensuite à B... vers onze heures, il se coucha dans la chambre des domestiques du moulin, pour se relever peu après. Il descendit pieds nus et, sortant sans bruit, alla mettre une seconde fois le feu à l'entrée du village, dans une maison N... dont le chaume touchait presque le bord du chemin.

B... ne fut soupçonné seulement qu'après le 3e incendie et interrogé tant par la gendarmerie que par le juge d'instruc-

tion, il finit, après bien des difficultés, par avouer les trois autres et reconnut qu'il avait mis le feu pour avoir le plaisir de voir brûler, **« pour rigoler »**, selon son expression.

L'information judiciaire établit sans peine qu'il n'existait entre B... et les personnes incendiées aucun motif d'animosité, qu'il ne connaissait même pas toutes celles qu'il brûlait ainsi ; car apprenant qu'il avait incendié une maison appartenant à S... il dit : « **Si j'avais su que la maison lui appartînt, je ne l'aurais pas incendiée, car je suis bien avec lui.** »

Le magistrat instructeur fut frappé en outre des différentes circonstances suivantes.

Quand B... mettait le feu, c'était toujours le dimanche après avoir passé la journée dans les cabarets et sans être ivre, il avait bu de manière à ce qu'on s'en aperçut ; il prenait des précautions habiles pour détourner les soupçons et quand l'incendie était bien allumé il était le premier à crier au feu et à porter secours.

D'autre part, plusieurs témoins entendus signalaient que parfois B... était très gai, d'autrefois très triste, très préoccupé, qu'il aurait voulu se marier, mais qu'aucune fille ne voulait de lui. Enfin, tout le monde s'accordait à dire qu'il n'était pas fou, mais qu'il était nerveux et très porté vers les femmes.

Les renseignements recueillis faisaient connaître enfin qu'il avait eu une fièvre typhoïde en 1870 et qu'après avoir été réformé du service militaire pour adénite chronique, il s'était placé comme garçon meunier chez différents patrons qui l'avaient déclaré actif et bon ouvrier.

Toutes ces circonstances spéciales que je viens d'esquisser à grands traits ne furent pas sans impressionner vivement le juge d'instruction et des doutes motivés s'élevèrent dans son esprit sur la responsabilité de B... Il n'hésita pas à recourir aux lumières d'une expertise pour s'éclairer et commit à cet effet le Dr Primus et le Dr Secondus. Ceux-ci déposèrent un rapport concluant à la responsabilité de B... qui, suivant eux, n'était pas aliéné. Cette conclusion était précédée de la discussion que voici.

« B..., en mettant le feu sans aucun motif appréciable aurait pu agir sous l'influence d'une impulsion irrésistible. Les impulsions se rencontrent chez les imbéciles, les épileptiques, les hystériques, les hypochondriaques, les alcooliques, dans la manie instinctive. Nous n'avons trouvé chez lui aucune trace de manie, ni de délire. Jusqu'à 28 ans il a vécu sans commettre d'actes de folie, nous devons donc exclure la manie instinctive qui, du reste se produit chez les héréditaires **et nous avons vu qu'il n'y avait chez lui aucune trace de folie, chez ses ascendants, ou chez ses frères et sœurs.**

Il n'est pas hypocondriaque, ni hystérique. Quant à à l'épilepsie, nous n'en avons trouvé aucun symptôme ; nous voyons que tout jeune on a observé chez lui un éblouissement que rien n'autorise à attribuer à l'épilepsie. On ne suit pas cette maladie dans un âge plus avancé.

Au régiment elle n'est nulle part signalée, B... dit qu'il y a trois ans, il aurait encore éprouvé un éblouissement.

Nous n'avons pas de données assez exactes pour savoir de quelle nature a été cette indisposition qui ne s'est pas renouvelée depuis trois ans et rien n'autorise à affirmer l'épilepsie. Reste donc l'imbécillité.

Au premier abord nous avons cru à une dégradation morale, même en l'absence d'un abaissement prononcé de l'intelligence, comme cela arrive encore souvent ; la lettre du 15 juillet est venue nous enlever complètement cette conviction.

Serait-il épileptique ou imbécile ? Voyons si dans le mode de perpétration de son crime, il a agi sous l'empire de ces deux états morbides.

Nous avons déjà remarqué que B... met le feu toujours le dimanche, toujours après boire, toujours après être arrivé, non pas à l'ivresse complète, mais dans un état où on s'aperçoit qu'il a bu.

Si les impulsions sont irrésistibles, il faut croire qu'elles sont bien complaisantes pour revenir toujours dans les mêmes circonstances, sous l'influence de l'alcool. Il y avait un moyen alors de les éviter, c'était de ne pas boire.

Ces impulsions, ces idées étaient pour nous le produit de l'alcool. Reste à discuter la question des responsabilités des alcooliques.

Quand l'alcool a produit des ravages dans le système nerveux, qu'il y a eu un ou plusieurs accès de folie alcoolique, qu'il s'est produit des hallucinations, du tremblement de la parole, en un mot des symptômes d'empoisonnement chronique, il y a alors un état de maladie qui entraîne l'irresponsabilité, mais quand il n'y a qu'une ivresse passagère, comme dans le cas actuel, la loi n'admet pas l'irresponsabilité. »

B... fut en conséquence traduit devant la Cour d'assises et condamné à 5 ans de réclusion.

A l'expiration de sa peine, notre condamné revint dans le pays et y reprit ses occupations d'autrefois. Dix-huit mois après, dans la nuit du jeudi 17 septembre 189..., une meule de foin vint à brûler dans la commune de Ch... Le lendemain on arrêta B... qu'on avait soupçonné de suite en raison de sa condamnation antérieure : il s'était trouvé un des premiers sur le théâtre du sinistre où il avait amené un de ses camarades et on avait découvert, en outre, que dans la soirée il était entré à 8 heures à l'auberge du village pour en sortir entre 10 heures 1/2 et onze heures et avait pu se trouver à l'endroit où était la meule de foin, au moment où le feu avait dû s'allumer. L'absence de mobile chez B... et le fait que ce nouvel incendie avait été allumé à la suite de quelques libations parurent au magistrat instructeur, qui se trouvait être le même qu'en 189..., des raisons suffisantes à motiver encore une fois une expertise qui fut confiée au Dr Secondus, un des deux signataires du rapport de 189...

Cette fois l'expert fut perplexe et s'abstenant de donner des conclusions positives, déposa, à la date du 15 octobre suivant un rapport dont j'extrais les lignes suivantes :

« Sans revenir sur les antécédents héréditaires signalés dans le rapport de 189... (**aucun antécédent de cette nature n'avait en réalité été signalé**) et en nous bornant à l'observation directe, nous ne trouvons rien qui modifie les conclusions

de cette époque. B... n'a pas eu de vertiges épileptiques, ni de crises à la maison d'arrêt, il n'est atteint ni d'idiotie, ni d'imbécillité ; à l'heure actuelle, il n'avoue pas son crime comme antérieurement, il se défend avec énergie et se plaint d'être accusé parce qu'une première fois il a commis une faute.

A la lecture de l'information un fait me frappe. B... le soir de l'incendie, avait passé sa soirée à l'auberge, mais il n'était pas ivre, disent les témoins. En 189..., les témoins déclaraient déjà « qu'il n'était pas ivre, mais qu'il avait bu de manière à ce que l'on s'en aperçut. »

A Ch..., B.., a certainement plus bu qu'à l'ordinaire. Il arrive à l'auberge à 8 heures, c'est-à-dire après avoir soupé. Il se fait servir un verre d'eau-de-vie de marc, puis un ami vient s'asseoir à sa table et chacun boit une demi-bouteille de vin blanc, l'on cause, puis au moment de se séparer, l'on prend un vermouth-cassis. Ce mélange de boissons fortement excitantes et si disparates n'a-t-il pu, sans provoquer l'ivresse complète, agir fortement sur B... et ramener en lui ses impulsions anciennes. La conversation tenue même dans l'auberge n'a-t-elle pas réveillé ses anciennes idées de mettre le feu « **pour rigoler** » comme en 189... L'information relate en effet qu'à la table de B..., à l'auberge, il a été parlé de la rareté des incendies à Ch... et que les pompiers des communes voisines n'avaient pas à venir pour porter secours.

Il nous paraît résulter de la lecture du dossier que contrairement aux témoignages, B... avait bu le soir du crime. Si ce point, comme nous le croyons, est bien établi, bien certain, le mobile du crime serait le même qu'en 189... et nous pouvons dire « B... met le feu toujours le dimanche, toujours après être arrivé, non pas à l'ivresse complète, mais dans un état où on s'aperçoit qu'il a bu. »

Tout en croyant à l'heure actuelle à la responsabilité de B. nous devons reconnaître qu'il s'agit là d'un simple sentiment d'une impression et nous nous garderons de donner une conclusion ferme et positive. Le cas est singulièrement complexe et la répétition du crime à six ans de distance malgré la peine

encourue, est de nature à provoquer des hésitations; aussi nous nous refuserons, après une observation aussi peu prolongée que la nôtre, à conclure d'une façon définitive et nous estimons que l'examen à nouveau de B... par un médecin aliéniste est nécessaire pour déterminer son état de responsabilité; la nécessité de cet examen s'imposerait même plus impérieusement qu'en 189...»

Le juge d'instruction fut conduit ainsi à confier au Dr Tertius le soin d'examiner R...

Le troisième expert s'exprima dans son rapport de la manière que voici :

« Les renseignements sur l'état mental de B... sont à retenir. Ils ont ceci de particulier que, de contradictions apparentes se dégage ce fait, à peu près unanimement reconnu, que B... est peu intelligent, bizarre, exalté, etc. Dans la conversation, son niveau paraît au-dessous de la moyenne, sans qu'il me donne lieu de croire qu'il y a, de la part de cet inculpé, simulation de débilité mentale. Il dit qu'on lui couperait le cou qu'il nierait toujours. Quand je lui fis remarquer que, puisqu'en 1890, il a mis le feu 4 fois sans motif, il se pourrait bien que, cette fois encore, sous le coup de je ne sais quel trouble psychique, il ait été incendiaire, il reconnaît qu'un homme qui fait ce qu'il a fait en 189., n'est pas en lui-même, mais il proteste énergiquement de son innocence et de l'intégrité actuelle de ses facultés mentales. Il déclare avoir eu des étourdissements, mais ne pas y être sujet en ce moment. Il se plaint, néanmoins, de céphalalgies fréquentes. Il n'urine pas au lit, ne présente pas de morsures de la langue. » Et plus loin: « Il est certain que si B... avait eu, dans ses antécédents, des aliénés, des épileptiques, etc., les conditions dans lesquelles il a commis ses crimes en 189., l'auraient fait ranger à défaut de constatation d'une forme d'aliénation mentale à caractère défini, l'auraient fait ranger, dis-je, dans la catégorie des dégénérés héréditaires. Il aurait été considéré comme irresponsable, ou au moins aurait-on déclaré que sa responsabilité était très atténuée. J'admets que cette conclusion, en l'ab-

sence d'antécédents héréditaires (quoique les renseignements donnés ne dépassent point les faits relatifs aux parents, frères et sœurs) que cette conclusion, dis-je, n'aurait pas été justifiée. Mais il y a un autre côté de la question qui n'a pas été mis en lumière, la dégénérescence mentale acquise, car il est admis qu'une fièvre typhoïde peut faire descendre un enfant bien portant et bien constitué au rang des dégénérés, c'est-à-dire amener chez lui des défectuosités mentales variées, depuis l'affaiblissement jusqu'aux divers stigmates intellectuels, tels que les obsessions, tels que les impulsions au suicide, au vol, au meurtre, à l'incendie, etc.

Or, quand je vois un homme dont la conduite est d'ailleurs bonne, allumer successivement et sans mobile 4 incendies, être condamné de ce chef à cinq ans de réclusion, sortir de prison et allumer un nouvel incendie dans les mêmes conditions qu'antérieurement, sans qu'on puisse trouver le mobile du crime ; quand cet homme est, d'après de nombreux témoins, un individu bizarre, peu intelligent, exalté, qu'on considère comme toqué, je suis en droit de me demander si cet homme qui a eu, en 1870, une fièvre typhoïde, n'est pas, comme le dit Cullerre, descendu au rang des dégénérés, et si, comme dégénéré, il n'a pas agi sous l'influence d'impulsions maladives.

Pour l'admettre, je n'ai pas besoin de faire intervenir les vertiges ou étourdissements auxquels le malade aurait été sujet, je les laisse de côté pour insister sur une autre circonstance qui n'a pas échappé aux précédents experts, mais à laquelle, à mon humble avis du moins, ils n'ont pas accordé l'importance qu'elle mérite. Voici en quels termes les précédents experts signalent cette circonstance : « M. B... met le feu toujours le dimanche, toujours après boire, toujours après être arrivé, non pas à l'ivresse complète, mais dans un état où on s'aperçoit qu'il a bu. Si ses impulsions sont irrésistibles, il faut croire qu'elles sont bien complaisantes pour revenir toujours dans les mêmes circonstances sous l'influence de l'alcool. Il y avait un moyen de les éviter, c'était de ne pas boire ; ces impulsions, ces idées étaient, pour nous, le produit de l'al-

cool. » J'ai plusieurs remarques à faire sur ces appréciations, et d'abord il est dit que, puisque B... ne mettait le feu qu'après boire, il n'avait qu'à ne pas boire pour échapper à ces impulsions. Or, trois lignes plus haut, les experts déclarent qu'il n'était jamais en état d'ivresse manifeste et ils finissent par dire que ces impulsions étaient le produit de l'alcool ! Or donc, c'est le point délicat, comment expliquer que chez un homme qui ne boit pas jusqu'à l'ivresse, l'alcool puisse produire des impulsions, des idées aussi dangereuses que celles qui ont poussé B... à de multiples incendies ? Ce n'est pas la première fois qu'il m'arrive de constater chez des dégénérés une susceptibité pathologique par les effets de l'alcool, d'où il résulte qu'ils se trouvent livrés sans défense à l'action de ce poison, alors qu'ils en ont usé d'une manière qui n'est pas immodérée, et le fait est signalé par les auteurs d'une intolérance marquée, chez les dégénérés, pour l'alcool.

Cette susceptibilité anormale pour l'alcool existe chez l'inculpé, mais le délire que l'alcool amène chez lui est plus dans les actes que dans les idées. La dernière fois qu'il incendie, le 17 septembre, c'était un autre jour qu'un dimanche, mais pour lui c'était dimanche, parce qu'il avait passé la journée au cabaret.

Malgré cela, B..., pour ce dernier incendie, comme pour les précédents, n'était pas en état d'ivresse. Malheureusement pour lui, l'ivresse n'est pas nécessaire pour que l'alcool le pousse à des actes dangereux.

On se demandera peut-être si ces impulsions peuvent être considérées comme irrésistibles ; hélas, le problème ne comporte pas une solution mathématique. La puissance en est représentée par l'alcool, elle a acquis des proportions inaccoutumées ; la résistance est la volonté, elle n'a pas subi un accroissement proportionnel à celui de la puissance.

L'équilibre est rompu comme dans une balance dont les deux bras du levier étaient inégaux et la personne qui, avec un outil défectueux, ferait de mauvaises pesées, ne serait-elle pas plus excusable que celle qui opérerait avec un outil irréprochable ?

Que les impulsions aient été irrésistibles ou non, je n'ai pas la prétention de trancher d'une manière formelle cette question ; qu'il me suffise de dire qu'elles étaient maladives, ce qui n'est pas douteux, et entraînent sinon l'irresponsabilité, du moins une large atténuation de la responsabilité.

D'autre part, il n'y aura plus à s'étonner de la complaisance de ces impulsions, qui se produisaient seulement quand l'inculpé s'était livré à de faibles libations pourtant suffisantes pour rompre l'équilibre dont j'ai parlé plus haut, puisque ce sont elles qui sont précisément la cause productive des impulsions.

En conséquence, à la première question qui m'est ainsi posée : B... jouit-il de la plénitude de ses facultés intellectuelles ? Je répondrai : à la suite d'une fièvre typhoïde, B... a été frappé d'une anomalie cérébrale qui se traduit par une susceptibilité pathologique à l'égard des boissons alcooliques, dont l'usage même relativement modéré, fait naître chez lui les impulsions maladives qui le poussent à incendier. A la seconde question : Est-il responsable de ses actes ? Je réponds : La responsabilité de B... est atténuée dans une large mesure chaque fois que ses actes sont commis après l'absorption de boissons alcooliques. A la troisième question : Doit-il être déclaré responsable de l'incendie d'une meule de foin à Ch... le 17 septembre 189. ? Je réponds : B... se trouvait, ce jour-là, dans les conditions mentionnées dans la précédente réponse, sa responsabilité, en ce qui concerne cet incendie, est très atténuée. »

Ce dernier rapport, bien supérieur au premier, cotoyait la vérité clinique; l'expert avait parfaitement vu que les incendies reprochés à B... six ans auparavant et celui pour lequel il était de nouveau poursuivi, étaient reliés par une même chaîne pathologique, mais comme il n'osa pas admettre l'irrésistibilité, ses conclusions ne pouvaient nécessairement conclure à l'irresponsabilité. Le juge d'instruction, de son côté, en présence d'une solution si peu nette, se trouva embarrassé. Tout en étant persuadé qu'il avait affaire à un fou, il

hésitait à rendre une ordonnance de non-lieu, qui aurait abouti à la mise en liberté pure et simple de B... C'est alors qu'il posa à l'expert la question suivante : B... se trouve-t-il dans la catégorie des individus qui doivent être internés dans un asile d'aliénés ? — Celui ci répondit alors : « J'ai établi dans mon rapport qu'il existe chez B... une anomalie cérébrale, une dégénérescence acquise à la suite d'une fièvre typhoïde, se traduisant par une susceptibilité pathologique à l'égard des boissons, dont l'usage même relativement modéré, fait naître chez lui des impulsions maladives qui le poussent à incendier. c'est dire que cet état mental fait de B... un individu dangereux. D'autre part, sa responsabilité du fait de cet état mental est très atténuée et une sanction pénale ne saurait être d'aucune efficacité pour l'amendement ultérieur de l'inculpé, tandis qu'au contraire, il n'est pas sans exemple que des dégénérés de ce genre aient retiré quelque bénéfice d'un traitement dans un asile spécial. Dans ces conditions, je n'hésite pas à répondre : Oui, la place de B... est dans un asile d'aliénés. Je me permets d'ajouter que pour faciliter la tâche du médecin qui devra le recevoir, il serait désirable qu'on lui communiquât copie des trois rapports médicaux du dossier. »

B... n'ayant pas été déclaré aliéné, mais seulement dangereux, son envoi dans un asile d'aliénés n'apparaissait point comme une solution rigoureusement légale ; néanmoins, le magistrat instructeur rendit une ordonnance de non-lieu, à la suite de laquelle B... fut mis à la disposition de l'autorité administrative. Dix jours après il entrait dans mon service, et je délivrai à son sujet le certificat de 24 heures suivant : « Je certifie que le nommé B... est calme et lucide. Il nie énergiquement avoir mis le feu dernièrement, mais ses dénégations intéressées ne peuvent infirmer les charges qui l'accablent. Sorti il y a plus d'un an de la Maison centrale de Melun, où il purgeait une condamnation pour crimes d'incendies. il apparaît aujourd'hui récidiviste. tandis qu'il n'est sans doute qu'un malade qui rentre dans la catégorie des impulsifs au feu. Je garde son dossier pour l'étudier.

A maintenir. » Quinze jours après, mon certificat de quinzaine était ainsi libellé : « Je soussigné, etc., certifie que le nommé B... est de toute évidence un dégénéré impulsif au feu. Tous les caractères de la pyromanie se retrouvent chez cet individu sans exception ; il a malheureusement été condamné jadis comme criminel, alors qu'il était malade. Son dossier est éloquent au point de vue de la pyromanie, qui a persisté après sa condamnation. Après avoir nié avoir mis le feu dernièrement, ce qui est caractéristique de la pyromanie, car, de tous les impulsifs, le pyromane est le seul qui n'ait pas la franchise de sa maladie, B... a fini par m'avouer qu'il avait mis réellement le feu, ce dont j'étais sûr d'avance, sans contestation possible. Cet homme est aliéné, quoique sans délire et il doit être maintenu. »

Il me semble téméraire d'élever un doute sur la réalité de l'erreur commise au sujet de B... par les deux premiers experts, erreur redressée en partie par le D[r] Tertius. Mais ce dernier lui-même, tout en reconnaissant, point déjà très important, que le sujet était un dégénéré, et, de plus, que les incendies allumés par lui à six ans de distance, relevaient d'une seule et même cause morbide, il ne sut pas préciser la véritable formule clinique du cas qu'il avait à étudier et nécessairement ses conclusions devaient être imprécises. Il n'admit qu'une responsabilité très atténuée, au lieu d'une irresponsabilité complète, corrélative de la folie du sujet J'ai dit que B... était un impulsif au feu et présentait tous les caractères de la pyromanie. Je dois maintenant justifier rapidement cette affirmation et pour cela, je n'ai qu'à m'inspirer d'un travail de M. Marandon de Montyel, déjà vieux de 15 ans et intitulé, si je ne me trompe : *Du Diagnostic de la pyromanie par l'examen indirect*. Notre très distingué confrère a mis en lumière ce fait que les incendies multiples allumés par une même main présentent d'ordinaire les caractères suivants : ils sont l'œuvre de gens de la campagne, d'héréditaires vésaniques, frappés d'un développement incomplet de l'intellect, à la période de la puberté, rusés et menteurs, empressés à courir

au feu avec les autres. Cesincendies sont allumés au hasard de l'occasion dans des objets faciles à enflammer et quand les auteurs sont du sexe masculin, ils éclatent de préférence le dimanche soir à la sortie du cabaret ; et il ajoute : « Quand les incendiaires qui rentrent dans ce groupe, ont agi sans mobile, ils ont cédé à une impulsion irrésistible au feu et sont des pyromanes irresponsables dans tous les cas.

Appliquant ces données au cas particulier de notre malade, il est facile de voir que B... sauf qu'il n'était pas à la puberté, a rempli toutes les conditions exigées pour être pyromane. S'il n'était pas héréditaire vésanique, il était tout au moins dégénéré et d'un très faible développement intellectuel.

La dernière fois qu'il a mis le feu, ce n'était pas un dimanche, mais il avait passé la soirée au cabaret comme un dimanche, de sorte qu'il était, chaque fois qu'il a mis le feu, sous l'influence de la boisson. Il n'était pas ivre, mais légèrement excité. Or, il est démontré que c'est souvent sous l'influence d'une légère excitation alcoolique, même très légère, que les pyromanes se laissent aller à leurs instincts maladifs. A ce moment-là, ils sont plus tourmentés par leurs impulsions et en même temps leur force de résistance a diminué, l'action de l'alcool affaiblissant les forces de volition pour exagérer l'émotivité et, à cet égard, B... a fait une réponse typique, quand il a dit qu'il avait mis le feu « **pour rigoler** », c'est-à-dire pour satisfaire son émotivité, en un mot, il a brûlé pour brûler, ce qui n'est autre chose que de la pyromanie.

Je ne veux pas plus longtemps m'attarder à prendre une à une les données connues de la pyromanie et montrer comment elles s'adaptent merveilleusement au cas de B... ; ce serait une superfétation dépourvue d'intérêt, mais il me semble qu'il y a lieu de tirer de l'erreur manifeste commise à son sujet, le seul enseignement qu'elle comporte et qui serait de rendre les expertises moins aléatoires. On a déjà, en faveur de l'accusé, réclamé l'expertise contradictoire ; je ne sais l'avenir réservé à cette innovation en matière pénale, mais à mon

avis elle est insuffisante. Ce qu'il faut, c'est une commission médico-judiciaire de contrôle des expertises. Dans ces conditions nouvelles, le travail d'un ou de plusieurs experts serait une sorte d'information de première instance qui, nécessairement, devrait aller en appel, c'est-à-dire devant la Commission de contrôle. S'il en avait pu être ainsi, il est certain que B... eût été reconnu aliéné lors des premiers incendies relevés à sa charge et n'aurait pas été flétri par cinq années d'une réclusion imméritée.

Discussion

M. le D[r] Giraud.— J'avais promis à M. le D[r] Taty, avant la distribution du rapport, de prendre part à la discussion sur les aliénés méconnus, parce qu'un rapporteur trouve toujours de l'intérêt à voir s'étendre la discussion sur l'objet de son rapport. Après avoir lu le travail de M. Taty et le mémoire que M. Granjux m'avait communiqué et dont vous venez d'entendre la lecture, j'ai vu que j'avais fait une promesse imprudente. La question a été très nettement exposée par M. Taty, traitée d'une manière fort complète, et je suis tout à fait en communauté d'idées avec le rapporteur. Je ne puis présenter d'observations que sur quelques points de détail et j'appuierai les conclusions du rapport.

M. Taty, à la page 5, a posé un point d'interrogation : Existe-t-il des cas où les experts ont méconnu les troubles mentaux, où l'erreur des experts a entraîné la condamnation d'aliénés ? Il faut certainement répondre à cette question, par l'affirmative. M. Samuel Garnier vient de vous citer un cas, où un impulsif incendiaire a été considéré par les premiers experts comme responsable, a été condamné par le Jury, a subi sa condamnation, et a été reconnu aliéné, quelques années plus tard, après avoir allumé un nouvel incendie.

Je pourrais citer, de mon côté, le fait d'un garçon atteint de folie morale, et poursuivi au Havre pour vol d'objets disparates. J'avais été appelé comme expert, avec deux confrères du Havre, et nos conclusions furent que l'accusé était aliéné

et devait être considéré comme irresponsable. Une ordonnance de non-lieu fut rendue et ce garçon fut placé à l'asile de Quatre-Mares, où notre diagnostic de folie morale fut confirmé. Or, cet aliéné avait, dans son casier judiciaire, une condamnation à un an de prison pour escroquerie, condamnation prononcée à Paris.

Nous avons pu nous faire communiquer le dossier de Paris, et nous avons trouvé que le jugement avait été rendu après une expertise. L'expert était M. Paul Garnier, qui avait méconnu l'aliénation mentale et conclu à la responsabilité. Si je vous cite le nom de l'expert, ce n'est pas pour adresser une critique à M. Paul Garnier qui n'est pas ici pour me répondre. M. Paul Garnier est un de ceux qui ont le plus fait pour éviter les condamnations d'aliénés méconnus. Il a mis beaucoup de courage à révéler la situation actuelle et je sais qu'on lui a fait grise mine au Palais, après son mémoire lu au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles. La folie morale est parfois difficile à reconnaître, surtout quand on n'a sous les yeux qu'un épisode de la vie d'un individu. Je suis souvent arrivé, dans des expertises, à conclure que le prévenu n'était pas aliéné, et il est possible qu'un jour on me montre que j'ai pu, moi aussi, me tromper. Nous ne devons pas fermer les yeux à l'évidence. Il est certain que des aliénés ont été méconnus par des experts, mais il ne faut pas trop jeter la pierre à ces experts, quand un homme ayant l'expérience de M. Paul Garnier a pu laisser passer inaperçu un aliéné.

J'ajouterai que ces erreurs de diagnostic dans l'expertise sont extrêmement rares. Nous en avons la preuve par la rareté des admissions, dans les asiles, d'aliénés condamnés quand il y a eu expertise. Les aliénés sont assez souvent méconnus, au Tribunal correctionnel, à cause de la procédure sommaire des flagrants délits, et c'est là que les magistrats ont besoin d'une certaine éducation, pour qu'un doute sur l'état mental du prévenu s'éveille dans certains cas.

Un jour, à Rouen, on amène au petit Parquet, un homme bien mis, ayant de l'argent dans sa poche, et arrêté pour vol

à l'étalage. Le magistrat de service était un substitut, chargé d'examiner les réclamations des aliénés et de faire la visite des asiles, et s'était beaucoup intéressé à cette mission. Son voleur à l'étalage avait l'air béat, la parole un peu lente, et paraissait enchanté de l'algarade que commençait à lui faire le magistrat. Cette attitude frappe le substitut, éveille ses doutes qui sont bientôt confirmés par une rapide enquête, et les poursuites sont abandonnées, sous la réserve que la famille ne laissera plus errer sur la voie publique un homme atteint de paralysie générale, mais lui fera donner des soins à l'asile. Le magistrat voyant plus tard le malade, à Quatre-Mares, était enchanté de son diagnostic. Mais tous les magistrats ne peuvent pas avoir ce flair et c'est surtout dans les prisons qu'il est important de reconnaître le plus tôt possible les aliénés, soit que ceux-ci soient des prévenus, soit qu'ils aient déjà subi une condamnation. Il s'agit, dans le premier cas, de signaler la folie aux juges pour éviter l'erreur judiciaire, et il faut, dans le second cas, la réparer, s'il en est temps encore, par voie d'appel. Or, à ce point de vue, l'Administration pénitentiaire centrale a de grands progrès à faire. A la fin de l'année 1897, j'ai eu à fournir à la Préfecture de la Seine-Inférieure les éléments d'une réponse à une lettre de M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire au Ministère de l'Intérieur. Des explications étaient demandées, au sujet du transfèrement de la prison de Rouen à l'asile, d'une femme atteinte de paralysie générale. Je ne puis pas livrer à la publicité une lettre administrative adressée au Préfet de la Seine-Inférieure, mais on en est encore, à la Direction de l'Administration pénitenciaire, à ignorer ce qu'est la paralysie générale. Inutile de dire que ma malheureuse paralytique avait eu son état mental méconnu, au moment de sa condamnation. Elle avait été condamnée, le 24 juillet 1897, et transférée à l'asile seulement le 25 septembre, c'est-à-dire le lendemain du jour où expirait le dernier délai d'appel possible, et elle avait subi des condamnations antérieures, alors qu'elle était certainement malade. On ne s'en était pas aperçu à la prison.

M. Taty a parlé des condamnations multiples chez les aliénés méconnus. Le service médical des prisons a un rôle à remplir pour reconnaître ces aliénés et éviter des séries d'erreurs judiciaires. J'ai ici l'observation d'une femme atteinte de folie morale et reçue à Saint-Yon, en 1883. Elle a paru entrée dans une assez bonne période, pour que le 19 décembre on la laissât sortir. Huit jours après sa sortie, elle se livre à des actes délictueux et, au lieu d'être ramenée à l'asile, elle est condamnée à un mois de prison. Elle n'a été réintégrée à Saint-Yon qu'en juillet 1891 et, pendant cette période de sept ans et demi, elle a subi vingt-deux condamnations et fait quarante-neuf mois de prison. C'est un délai un peu long pour s'apercevoir qu'on a affaire à une aliénée, surtout quand il y a dans les antécédents un premier séjour à l'asile ; et, le cas que j'ai cité, n'est pas unique en son genre.

Il y a une catégorie de condamnés, sur laquelle j'appellerai tout particulièrement l'attention. Il s'agit des enfants envoyés en correction. Une société s'est formée pour leur défense, et la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance s'est occupée de cette question. Il y a souvent, parmi ces enfants, des aliénés méconnus. On pourrait dire que ce ne sont pas des condamnés, à proprement parler, parce que le Tribunal les a acquittés comme ayant agi sans discernement et, parce que le casier judiciaire porte : néant. Mais, en réalité, ils ont subi une véritable condamnation ; ils sont remis à l'Administration pénitentiaire et séjournent dans les prisons avant d'être envoyés dans une autre établissement pénitentiaire.

Dans les six dernières années, j'ai reçu à Saint-Yon sept jeunes filles, transférées d'une maison de correction. J'ai ici leurs observations, et je me bornerai à vous indiquer l'âge et le diagnostic :

13 ans, Epileptique ;
15 ans, Folie morale ;
15 ans, Imbécillité, tentatives de suicide ;
15 ans, Folie morale ;

13 ans, Imbécillité, épileptique ;
15 ans, Folie morale ;
14 ans, Imbécillité épileptique.

Aucune de ces jeunes filles n'était à sa place dans une maison de correction. C'étaient des malades à soigner, et on serait arrivé beaucoup plus vite à reconnaître leur état mental, si les enfants acquittés comme ayant agi sans discernement, ne restaient pas entre les mains de l'administration pénitentiaire. On ne recourt pas à l'expertise, parce qu'on déclare qu'ils ont agi sans discernement, et ils sont envoyés en correction, ce qui ne vaut guère mieux que la condamnation à la prison. En réalité, leur état mental est presque fatalement méconnu. Je pense qu'en adoptant les conclusions de M. Taty, conclusions qui me paraissent excellentes, nous avons à ajouter un vœu concernant les enfants. Ce vœu n'est pas nouveau, mais il faut insister tant qu'on n'aura pas obtenu satisfaction, et ce vœu consiste à demander *que les enfants acquittés comme ayant agi sans discernement, et ne pouvant être laissés dans leur famille, soient confiés à l'Assistance publique.*

M. Mabille. — Il m'est donné souvent d'observer une catégorie de malades militaires, la plupart venant des compagnies de discipline du Château-d'Oléron.

Et je dois reconnaître que le diagnostic de leur affection est souvent difficile, car il peut arriver que cette affection soit simulée, ainsi d'ailleurs qu'il m'a été donné de l'observer.

Un certain nombre de ces aliénés qui me sont adrèssés me semble toutefois appartenir à la catégorie des dégénérés sans qu'il soit bien facile de démontrer qu'ils étaient atteints de troubles mentaux antérieurement à leur condamnation.

A mon sens, les condamnations de déments ou d'idiots signalés dans le rapport devraient être évitées fâcilement.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de formes mal définies, et comme M. Giraud, je crois que les erreurs dans ces cas sont souvent difficiles à éviter, cela d'autant mieux que les médecins les plus habitués aux choses de la médecine

mentale éprouvent eux-mêmes quelque hésitation lorsqu'il s'agit de bien trancher la question de responsabilité.

Je crois devoir néanmoins insister sur la fréquence des condamnations dont sont frappés quelques aliénés atteints de cette forme de délire de persécution que M. Régis a appelé « délire de dépossession ». La plupart de mes « aliénés méconnus » appartiennent à cette catégorie et j'ajouterai que, dans un de ces cas, l'aliénation a été soupçonnée par les magistrats et que ce n'est qu'après de nombreuses expertises médicales qui n'avaient fourni qu'un résultat négatif, qu'il m'a été possible de démontrer par une observation prolongée à l'asile de Lafond, l'aliénation de l'inculpé « dépossédé » dangereux.

A côté des aliénés méconnus qui sont condamnés il y a les aliénés qui font condamner. J'en ai cité plusieurs exemples au congrès de La Rochelle.

La connaissance des faits de ce genre démontre amplement l'utilité d'un enseignement plus approfondi des choses de l'aliénation mentale.

Aliénés méconnus et condamnés

Par le Dr Ch. Vallon, médecin de l'Asile de Villejuif, expert près le Tribunal de la Seine.

Comme contribution à l'étude si intéressante des aliénés méconnus et condamnés je vais rapporter brièvement l'histoire de deux individus qui, bien qu'atteints d'imbécillité ont cependant subi chacun un grand nombre de condamnations avant d'être soumis par l'autorité judiciaire à un examen médical ; je ferai suivre ces observations d'un certain nombre de remarques.

Observation I. — Homme de 53 ans, inculpé de vagabondage : 27 condamnations antérieures.

L... a été trouvé endormi sur un banc de la voie publique vers trois heures du matin ; conduit au poste par la police il n'a pu indiquer ni son domicile ni ses moyens d'existence, en conséquence il a été traduit devant la police correctionnelle pour vagabondage. Les magistrats de la 8e

chambre, frappés de son attitude et aussi du grand nombre de condamnations encourues par lui, me chargèrent de procéder à l'examen de son état mental. Il ne fut pas besoin d'un long interrogatoire pour me convaincre que j'avais affaire à un homme atteint d'imbécillité.

L... a le facies et l'attitude d'un faible d'esprit ; sa tête est mal conformée, il présente de nombreux stigmates de dégénérescence : crâne irrégulier, front fuyant et très bas, voûte palatine ogivale. Il est affecté d'un vice de prononciation très marquée ; et comme d'autre part il parle avec volubilité, il est fort difficile de comprendre ce qu'il dit. Il me raconte avec un air de satisfaction puérile qu'autrefois il était bien habillé, il avait une montre, il allait à la messe, et il ajoute timidement que depuis il a un peu déshonoré sa famille, ayant été condamné un grand nombre de fois ; il n'a pas eu beaucoup de bonheur depuis sa naissance, pourtant il n'a jamais juré de sa vie. Sur sa famille et sur ses antécédents il ne peut fournir que des explications confuses et à peu près incompréhensibles. Il ne possède d'ailleurs sur toutes choses que des notions très bornées : il n'a aucune instruction : il ne sait pas écrire, pas même signer, il ne peut lire et encore difficilement que les gros caractères comme ceux du titre d'un journal.

Depuis son arrivée à la prison, L... s'est fait remarquer par son attitude étrange et ses manières bizarres, il passe la plus grande partie de ses journées à regarder dans un livre de messe qu'il tient d'ailleurs indifféremment à l'endroit ou à l'envers ; dès qu'on lui adresse la parole, il ne s'arrête plus de parler.

Fait bien remarquable, le casier judiciaire de L... contient 27 condamnations pour vagabondage et mendicité, prononcées par les tribunaux d'Amiens, Abbeville, Péronne, etc. depuis 1888, époque du décès de ses parents, c'est-à-dire pendant une période de dix ans.

Je consignai le résultat de mon examen dans un rapport qui se terminait par les conclusions suivantes :

L... est atteint d'imbécillité, il est incapable de se diriger et de pourvoir à ses besoins par son travail, il ne saurait donc êrre considéré comme responsable du délit dont il est inculpé, mais il y a nécessité de le placer dans une asile d'aliénés.

Conformément aux conclusions de mon rapport, L... fut acquitté et mis à la disposition de l'autorité administrative ; depuis un an il est dans mon service, il s'occupe assez régulièrement à la Buanderie, par moments cependant il s'excite et cesse de travailler. Son état mental ne peut faire de doute, c'est l'imbécillité.

Observation II. — Femme, 37 ans, inculpée de vagabondage, 12 condamnations antérieures.

T... a déjà encouru douze condamnations pour mendicité et vagabon-

dage. Elle a été arrêtée le 3 février vers huit heures du soir dans la rue, elle était couchée sur le trottoir; interpellée par les agents elle a déclaré être sans domicile.

Devant le commissaire de police elle a déclaré qu'elle ne travaillait pas, qu'elle aimait mieux s'amuser sur les fortifications.

T... a comparu devant la 8e Chambre correctionnelle, c'est alors que j'ai reçu mission de l'examiner :

T... se présente à moi, les vêtements sales et déchirés, les cheveux en désordre, la peau recouverte d'une épaisse couche de crasse. Elle est bien développée, d'apparence robuste, mais elle a un air niais, sa prononciation est défectueuse, elle accompagne presque constamment ses paroles d'un rire bête. Sa mémoire est peu développée ; c'est ainsi qu'elle est incapable d'indiquer la date de sa naissance, elle sait bien qu'elle est venue au monde à la fin de décembre mais elle ne peut dire en quelle année. Néanmoins je parviens à obtenir un certain nombre de renseignements qui peuvent se résumer ainsi : Elle a été à l'école, elle ne sait cependant ni lire ni écire. Dans son pays elle gardait les vaches, jamais elle n'a fait autre chose, elle ne connaît aucun métier. Il y a longtemps, au moins quatre ans, elle a quitté ses parents parce que sa mère s'était remariée et que son beau-père la battait; elle est partie sans rien dire, elle a erré de ville en ville, on l'a arrêtée souvent et mise en prison. Il y a quelque temps elle est venue à pied à Paris pour voir la ville. Depuis son arrivée elle ne fait rien, elle mendie, elle couche dans les postes, les asiles de nuit, sous les ponts ; dans le jour « elle fait les fortifications », elle rencontre des hommes qui lui donnent cinq sous, dix sous et même vingt sous pour faire des bêtises avec elle ; elle a eu des amoureux « long comme d'ici à Rome. »

Je lui dis qu'elle doit se trouver bien à St-Lazare où elle a un lit, une nourriture suffisante ; elle se récrie et me répond qu'au contraire elle s'ennuie beaucoup, elle aimerait mieux être dehors, ici on est toujours après elle, on la dispute, on lui donne de la tisane qui fait tomber ses cheveux. En prononçant ces paroles elle se met à pleurer, mais ses larmes ne durent que quelques secondes et bientôt elle reprend son rire niais.

En somme l'état mental de T. . n'est pas de ceux dont l'appréciation présente des difficultés ; c'est l'imbécillité. T... a des facultés intellectuelles rudimentaires, elle ne possède sur toutes choses que des notions très bornées ; ellle est incapable de faire le calcul le plus simple. Je lui demande par exemple combien font 2 fois 4, elle se met à rire et me dit : « Vous m'en comptez de bien bonnes. » Il y a chez elle absence complète de pudeur et de sens moral, c'est une femme incapable de se conduire convenablement et de subvenir à ses besoins par son travail; elle a besoin d'être protégée et assistée. On peut la condamner autant de fois que l'on voudra, ce ne sont pas des condamnations qui mettront un terme à sa vie

vagabonde. La seule mesure logique et humaine est de la placer dans un Asile d'aliénées.

Conformément à mon avis, T... a été internée.

Il est bon de noter qu'au cours de ses périgrinations, T... a eu quatre enfants qui forcément ont été recueillis par des établissements hospitaliers. Un examen moins tardif aurait donc eu l'avantage non-seulement d'éviter des condamnations imméritées à T..., mais encore de l'empêcher de procréer des êtres très vraisemblablement dégénérés qui sont et qui resteront sans doute à la charge de l'Assistance publique.

Comme médecin d'Asile et surtout comme médecin expert près les tribunaux j'ai déjà eu occasion d'observer un assez grand nombre d'aliénés qui, avant d'être internés ou soumis à mon examen, avaient encouru une ou plusieurs condamnations pour des crimes ou délits relevant manifestement de leur trouble cérébral ; il m'aurait donc été facile de citer d'autres faits analogues à ceux que je viens de rapporter ; si j'ai choisi ces deux entre beaucoup d'autres c'est qu'ils m'ont paru particulièrement instructifs, d'un côté par le très grand nombre des condamnations encourues (27 et 12), d'un autre côté par l'évidence de l'infirmité cérébrale.

Dans la statistique de M. Monod portant sur 271 aliénés, les imbéciles, idiots, faibles d'esprit figurent au nombre de 75 et constituent la catégorie la plus nombreuse. Mais combien de débiles intellectuels errent dans les villes et surtout dans les campagnes, ayant encouru un grand nombre de condamnations sans avoir jamais fait l'objet d'aucune expertise médicale.

Les deux imbéciles dont j'ai rapporté l'histoire avaient comparu devant plusieurs tribunaux sans que jamais, malgré leur infériorité intellectuelle évidente, les magistrats aient songé à les soumettre à l'examen d'un médecin ; il a fallu qu'ils arrivent devant les juges de la 8e Chambre correctionnelle pour qu'enfin une expertise fût ordonnée. Il est commun de voir ainsi des vagabonds plusieurs fois condamnés en province et jamais examinés, être confiés à l'examen d'un médecin aliéniste dès leur première comparution devant un magistrat du Tribunal de la Seine.

A Paris, l'autorité judiciaire est certainement beaucoup plus disposée qu'en province à ordonner l'examen mental des prévenus. A quoi attribuer cet état de choses ? Peut-être tient-il à ce qu'à Paris les magistrats ont sous la main nombre d'experts compétents, tandis que dans la plupart des petites villes de province on manque de médecins ayant étudié l'aliénation mentale. Aussi est-il indispensable, je crois, de donner à la plus grande partie des médecins, des connaissances en pathologie mentale non pas poussées assez loin pour en faire des experts, mais suffisantes pour leur permettre de voir et de dire, que dans des cas comme ceux que j'ai rapportés, il y a quelque chose d'anormal.

J'ai eu la curiosité de relever dans les ordonnances rendues par un juge d'instruction du Petit Parquet à fin d'examen mental pendant un trimestre les motifs de l'expertise. Voici ce que j'ai trouvé: Sur 42 prévenus examinés, 11 avaient été soumis à l'expertise médicale parce qu'ils avaient été internés antérieurement comme aliénés ; 10 parce qu'ils étaient signalés dans les rapports de police comme ne paraissant pas jouir de la plénitude de leurs facultés mentales ; 5 parce que leurs familles l'avaient demandé ; les 16 autres simplement parce que le juge d'instruction avait eu des doutes sur leur état mental. Or sur ces 42 inculpés soumis à l'examen, 19 ont été reconnus non aliénés.

Ces chiffres sont, il me semble, très éloquents; ils prouvent que pour obtenir l'examen mental des inculpés il n'est pas nécessaire d'apporter des réformes considérables à nos lois; il suffirait que les chefs du Parquet ou le Garde des Sceaux donnent des instructions en conséquence.

Si à Paris l'examen mental des prévenus est ordonné facilement cela veut-il dire qu'il n'y a plus dans la Capitale d'aliénés méconnus et condamnés ? Assurément non. Nombre d'individus sont encore envoyés en prison dont la place serait dans un Asile d'aliénés ; la plupart proviennent des « flagrants délits » c'est-à-dire des inculpés qui ne font pas l'objet d'une instruction mais sont envoyés directement devant le Tribunal

correctionnel et cela en si grand nombre qu'il est bien difficile aux magistrats de s'apercevoir des troubles mentaux qu'ils peuvent présenter.

Le moyen de remédier à cet état de choses fâcheux M. Taty l'a parfaitement indiqué : Organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse.

A Paris, une pareille organisation serait bien facile à réaliser.

M. Mabille a fait allusion à cette catégorie particulière d'aliénés méconnus qui ne sont pas condamnés mais qui font condamner des innocents par leurs dépositions mensongères. Je ne veux pas aborder cette question, mais qu'il me soit permis de rappeler en quelques mots une affaire célèbre et encore récente. Vous avez lu dans les journaux l'histoire de ces deux jeunes gens, Jamet et Léger, condamnés aux travaux forcés à perpétuité pour attentat à la pudeur sur une enfant de moins de 13 ans et qui viennent d'être reconnus innocents après un long séjour au bagne. Leur victime ou plutôt leur prétendue victime, sur la déposition de laquelle ils avaient été condamnés, a déclaré qu'elle avait été violée non pas par eux mais par son père. Le magistrat chargé d'instruire contre le père, commit M. le Dr Vibert et moi pour examiner l'état mental de la jeune fille, jugeant avec raison « qu'il importait de s'assurer par tous les moyens possibles, de la sincérité de son accusation, si nettement mais si tardivement formulée ». Après examen nous déclarâmes qu'Eugénie Laroche, âgée aujourd'hui de 17 ans «était atteinte depuis l'enfance d'hystérie grave et que la maladie dont elle était affectée était de nature à faire suspecter la sincérité de ses déclarations. »

La Cour de Cassation cassa le premier jugement, Jamet et

Léger ramenés de la Nouvelle-Calédonie furent jugés de nouveau et acquittés.

Discussion

M. Régis. — Je suis heureux que le débat sur les aliénés méconnus et condamnés se soit naturellement porté vers ceux de la justice militaire. Mon attention a été, en effet, attirée sur ce point depuis déjà longtemps et je l'ai signalé, si l'on s'en souvient, à notre Congrès de Bordeaux de 1895, en même temps que plusieurs de mes élèves l'abordaient dans leur thèse.

La statistique intéressante qui vient de nous être détaillée par M. Granjux, si compétent en la matière, est déjà très significative, et pourtant, elle n'est pas complète. Elle ne comprend, en effet, ni les épileptiques, ni les aliénés militaires méconnus, parce qu'ils n'ont jamais été examinés, ni ceux qui ont été réformés pour d'autres causes. Elle ne s'applique pas enfin aux militaires de la marine, où les cas sont tout aussi fréquents.

Dans l'ensemble, on peut donc dire que les aliénés méconnus et condamnés en justice militaire sont assez nombreux pour qu'il y ait lieu d'apporter remède à cet état de choses.

A quel remède pourrait-on recourir ?

Mon élève, le Dr Lacausse, dans sa thèse, avait proposé, en même temps que l'examen physique, un examen mental de tout conscrit, au moment de l'incorporation, cet examen portant plus spécialement sur les engagés volontaires qui, d'après mon observation, fournissent le plus fort contingent de dégénérés indisciplinables.

J'ai aussi proposé, au Congrès de 1895, d'améliorer les conditions de l'expertise médico-légale en justice militaire et d'y donner accès aux experts spéciaux, au moins dans les cas difficiles.

J'avoue qu'il vaut mieux prévenir que guérir et qu'il serait plus logique et plus simple d'éliminer les non-valeurs

mentales de l'armée au moment même de l'incorporation. Mais à l'heure actuelle, je n'aperçois pas de moyen pratique de réaliser cette élimination qui suppose un examen compétent et suffisant et, dans ces conditions, force nous est de nous rabattre sur l'intervention médicale au moment où le soldat intellectuellement taré passe devant les tribunaux militaires.

Renouvelant, en le complétant, le désir que j'exprimais en 1895, je propose donc au Congrès d'adopter et de transmettre aux pouvoirs compétents le vœu suivant, qui me paraît répondre à nos vues à tous et constituer la sanction nécessaire de ce débat.

Le Congrès émet le vœu :

« Que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer comme elle l'est devant les tribunaux civils ;

« Qu'en particulier, l'examen mental de tout militaire en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre soit pratiquée par le médecin du corps avec adjonction possible, sur sa demande, d'experts spécialistes pris sur la liste dressée, chaque année, par les tribunaux du ressort. »

Après une disussion à laquelle prennent part les auteurs des communications qui précèdent, ainsi que MM. Drouineau et Régis, le Congrès adopte le vœu suivant présenté par M. Régis : « Le Congrès émet le vœu que l'expertise médico-légale soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer comme devant les tribunaux civils, et en particulier que l'examen mental de tout militaire en prévention soit faite par les médecins du corps, avec adjonction possible, sur leur demande d'experts civils pris sur la liste dressée chaque année par le tribunal du ressort. »

M. Rey propose au Congrès de s'associer au vœu suivant : « Création d'un hospice d'enfants arriérés inter-départemental dans la région du Sud-Est ». — M. Bourneville appuie la proposition, et après un échange d'observations entre M. Vallon et M. Rey, le Congrès adopte le vœu.

Myélite transverse avec paraplégie flasque

Par les Drs E. Noguès et Sirol

La myélite chronique circonscrite avec paraplégie spasmodique est une affection relativement fréquente. Au contraire, la myélite chronique s'accompagnant de paraplégie flasque est beaucoup plus rare.

« La myélite transverse, dit M. Brissaud, donne lieu « tantôt à une paraplégie spasmodique, tantôt à une para- « plégie flaccide. La première est infiniment plus fréquente « que la seconde (1). »

De plus, dans celle-ci, la flaccidité succède presque toujours à l'état spasmodique. Par suite, la myélite transverse avec paraplégie flasque d'emblée doit être considérée comme exceptionnelle. Ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas et d'en suivre l'évolution pendant plusieurs mois, nous pensons qu'elle peut présenter quelque intérêt.

OBSERVATION

Mme X.. sans profession, 58 ans.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte d'un cancer du sein.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. A toujours eu une excellente santé et ne se rappelle pas avoir été malade une seule fois, jusqu'en juillet 1898. A cette époque, à la suite de bains de rivière prolongés, elle ressentit quelques légers fourmillements dans la jambe gauche et une sensation assez vive de froid dans le genou et la cuisse du même côté. Vers le milieu du mois de septembre, ces sensations d'abord passagères, se répétèrent à peu près tous les jours. Elle ressentit bientôt, dans tout le membre inférieur gauche, une lourdeur et une faiblesse qui gênaient la marche. L'impression de froid augmenta, et, pour la combattre, elle se fit faire des frictions ; elle s'aperçut alors qu'elle sentait peu du côté malade. Un jour même, se frictionnant elle-même, elle s'écorcha sans s'en douter.

La faiblesse augmentait tous les jours, et les mouvements devenaient de plus en plus difficiles de ce côté.

A cette époque, son médecin fit quelques applications électriques avec

(1) Brissaud. — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (2e série 1899).

un petit appareil de Gaiffe. Les muscles répondaient, paraît-il, assez bien et le courant faradique provoquait des contractions très nettes.

Mais bientôt la paralysie devint complète dans tout le membre, et une atrophie en masse, d'abord appréciable à la cuisse, commença à se produire. Les muscles devinrent très rapidement flasques et tout mouvement, dès lors, fut impossible. La malade n'éprouvait pas de douleurs, mais il existait, dès cette époque (20 octobre), sinon de l'anesthésie, du moins de l'hypoesthésie très marquée. Mme X... sentait à peine la main qui pratiquait les frictions.

Le membre gauche resta seul atteint jusqu'à la fin novembre. Mais, dès les premiers jours de décembre, la malade se plaignit de vagues douleurs dans le genou droit qui se reproduisaient plusieurs fois par jour. Bientôt et assez rapidement, apparurent, comme dans le membre gauche, des fourmillements et de la faiblesse.

C'est dans ces conditions que la malade se présenta à la consultation de l'un de nous. Elle entra dans la maison de santé, et voici le résultat de notre examen :

Le membre inférieur gauche était à peu près complètement paralysé; cependant, un léger mouvement d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse était encore possible.

Le membre inférieur droit commençait à se mouvoir difficilement, mais tous les mouvements étaient encore possibles.

Les mensurations pratiquées à cette époque nous ont donné les résultats suivants :

CUISSE DROITE		CUISSE GAUCHE	
A *dix centimètres* au-dessus du bord supérieur de la rotule	0.36	Au même niveau	0.34
A *vingt centimètres*	0.42	Au même niveau	0.40
MOLLET DROIT		**MOLLET GAUCHE**	
A *dix centimètres* de l'angle inférieur de la rotule.	0.32	Au même niveau	0.30

Les Réflexes sont complètement abolis

Examen électrique.— L'excitabilité électrique faradique et galvanique est conservée, mais un peu diminuée, il est vrai, plus spécialement du côté gauche. Il n'existe pas de modifications qualitatives pour le courant galvanique. La contraction de fermeture négative est de beaucoup plus forte

que la positive. Les secousses sont seulement un peu plus lentes que normalement.

Troubles de la sensibilité. — Lorsqu'on effleure, même très légèrement la peau des membres inférieurs, la malade n'a aucun sensation tactile. A mesure que l'on s'élève vers la racine des cuisses, le contact est perçu. Le frottement est mieux senti, mais il y a souvent erreur de localisation.

La sensibilité à la douleur est presque complètement abolie dans les mêmes régions ; la piqûre et le pincement léger ne sont pas sentis. Le pincement profond donne à la malade la sensation d'une piqûre.

La sensibilité thermique est diminuée très sensiblement, mais non complètement abolie.

La distribution de cette anesthésie cutanée n'est pas limitée nettement à la racine des membres paralysés, mais elle est au contraire, diffuse et inégale.

Enfin, lorsque la malade perçoit les sensations tactiles, douloureuses ou thermiques, il existe un retard très appréciable dans ces perceptions.

Marche de la paralysie. — La paralysie, qui avait évolué assez lentement du côté gauche (de septembre à fin novembre), a marché beaucoup plus rapidement du côté droit. Dans l'espace de quatre jours environ, le membre inférieur droit est devenu absolument impotent. Les muscles sont devenus flasques et le membre paraît atrophié. Et, cependant, la mensuration aux mêmes points que précédemment ne donne pas de différence appréciable. Le relâchement des muscles nous donne donc l'illusion de l'atrophie de ce côté.

Pendant la première période de la maladie, Mme X... ne dormait pas, même sous l'influence des divers hypnotiques (sulfonal, trional et chloral). L'appétit était presque nul et la malade ne pouvait se nourrir que de lait, d'œufs et de boulettes de viande crue.

Durant cette période, la malade ressentait quelques douleurs très légères au genou droit et aux pieds.

Vers le milieu de décembre, Mme X... a ressenti, pour la première fois, de la difficulté à uriner, et il a été nécessaire de la sonder. La constipation était déjà opiniâtre, et les garde-robes ne s'effectuaient péniblement que sous l'influence des laxatifs et des lavements répétés.

La rétention urinaire n'a pas persisté d'une façon constante, au point d'être toujours obligée d'avoir recours à la sonde, mais la miction est demeurée difficile.

Comme nous l'avons dit, la paralysie a d'abord évolué assez rapidement et nous avons craint un instant qu'elle envahisse le tronc et les membres supérieurs. Il n'en a rien été, cependant, et seuls, les membres inférieurs sont restés atteints d'impuissance motrice.

L'état général s'est amélioré progressivement ; le sommeil est revenu,

ainsi que l'appétit, mais la paralysie est absolue et tout mouvement est aujourd'hui impossible.

Pas d'escharre, pas de troubles trophiques.

Il n'existe aucune déformation rachidienne.

L'analyse des urines n'a donné aucune indication.

Malgré le traitement électrique qui a consisté en galvanisation de la moelle et en faradisation rythmée des muscles paralysés, il ne s'est produit aucune amélioration. La paralysie est plus absolue que jamais ; l'atrophie est encore plus accusée.

Et cependant, les réactions électriques sont à peu près ce qu'elles étaient au début. L'excitabilité faradique est encore un peu diminuée, mais les muscles se contractent très nettement. L'excitabilité galvanique est aussi diminuée, *mais il n'existe pas de réaction de dégénérescence.*

L'ensemble des symptômes présentés par notre malade n'était pas sans nous causer quelque embarras diagnostique. On rencontre rarement, en effet, dans les affections organiques du système nerveux une paralysie s'accompagnant d'amyotrophie aussi considérable, avec abolition des réflexes et sans modification de l'excitabilité électrique; aussi avons-nous pensé, tout d'abord, que notre malade pourrait bien avoir de la paraplégie hystérique.

Depuis longtemps, Charcot a insisté sur cette propriété qu'a l'hystérie de simuler les maladies organiques.

« Pour ce qui a trait plus particulièrement à la simulation « hystérique des paraplégies organiques, M. Paul Richer (1) « a indiqué, d'après M. Souques (2), les signes diagnostiques « qui peuvent permettre de déceler la véritable nature des « accidents paralytiques. »

« Mais il peut arriver, dit M. Richer, que tous les autres « symptômes hystériques fassent défaut. L'anesthésie cutanée, « elle-même, n'existe pas et le trouble moteur est là isolé, « seule manifestation de la névrose. M. Souques rapporte « plusieurs exemples de ces cas qu'il convient de désigner « sous le nom de paraplégie hystérique mono-symptomatique.

(1) P. Richer. — *Paralysies et contractures hystériques*, 1892.

(2) Souques. — *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moëlle épinière* (Thèse de Paris, 1891)

« On comprend, dès lors, ajoute-t-il, que le diagnostic « devient plus particulièrement difficile. Il ne pourra être fait « que par exclusion, après avoir éliminé les paralysies par « compression médullaire : tuberculose vertébrale, cancer, « etc..., les paraplégies syphilitiques, rhumatismales, etc..., « l'hématorachis, l'hématomyélie, etc..., et, en s'appuyant sur « les signes actuels, les commémoratifs et l'évolution, mode « de début, marche et terminaison. »

C'est le cas de notre malade chez laquelle nous n'avons pu découvrir aucun signe de la névrose, sauf cependant l'anesthésie, qui, elle-même, ne se présente pas avec les caractères de délimitation si particulière qu'on ne peut les confondre avec aucune autre. Nous avons dit, en effet, que l'anesthésie chez Mme X... était diffuse et ne présentait pas cette distribution *segmentaire* si spéciale à l'hystérie.

Nous savons, d'autre part, que Mme X... n'est pas diabétique, qu'elle ne présente aucun signe d'intoxication (alcool, plomb, etc.), qu'elle n'a jamais été atteinte de pyrexie grave ou légère, d'affection intestinale, utérine ou urinaire, et qu'elle ne saurait avoir, en conséquence, une paralysie pouvant reconnaître pour cause soit une intoxication, soit une infection. Bien entendu, pas de syphilis.

Nous ne citerons que pour mémoire l'hypothèse d'une paraplégie d'origine cérébrale.

Il ne peut donc s'agir dans notre cas que d'une paraplégie d'origine périphérique ou médullaire.

Parmi les multiples expressions de la polynévrite, il en est une où les troubles moteurs dominent et qui présente une très grande analogie avec le cas de notre malade : c'est la polynévrite à forme de polyomyélite. Dans cette affection, le début est lent ; la paralysie, précédée de fourmillements, atteint d'abord les extrémités et remonte progressivement vers la racine des membres, pour aboutir à une paraplégie flasque complète. Une atrophie diffuse, qui n'a pas partout la même intensité, frappe les muscles paralysés. Comme dans toute polynévrite, on observe parfois le retour de la motilité dans

les muscles en voie d'atrophie. Chez le même malade, il peut exister à la fois des muscles où la paralysie augmente, et d'autres où elle diminue. *Il y a réaction de dégénérescence.* La pression des muscles et des troncs nerveux provoque des douleurs plus ou moins vives ; MM. Babinski, Strümpell et Oppenheim attachent une grande importance à ce symptôme. On constate enfin, quelquefois, des troubles de la sensibilité, anesthésie ou hypéresthésie, mais les troubles trophiques et la paralysie des réservoirs sont exceptionnels.

Si par certains côtés (paralysie lente et progressive aboutissant à une paraplégie flasque complète, troubles de la sensibilité, atrophie musculaire), l'histoire de notre malade ressemble à cette forme de polynévrite, elle en diffère nettement par bien des symptômes. L'évolution de la paralysie est d'abord toute différente : chez Mme X... les membres inférieurs ont été pris successivement et la perte des mouvements a été définitive ; d'autre part, l'atrophie chez elle a atteint en bloc tous les muscles des membres inférieurs ; elle présente des troubles des sphincters, et enfin, point important, nous n'avons à aucun moment constaté chez elle, de la réaction de dégénérescence.

Au contraire, la paralysie successive avec atrophie en masse, aboutissant à une paraplégie flasque, rappelle l'évolution de la polyomyélite antérieure subaiguë, maladie de Duchenne. C'est même le diagnostic auquel nous nous étions tout d'abord arrêtés, alors que la paralysie des réservoirs ne s'était pas encore manifestée. Car, en effet, à part les troubles de la sensibilité, les symptômes présentés par notre malade reproduisaient, à peu près exactement, le tableau clinique de la paralysie générale spinale antérieure, subaiguë :

« Affaiblissement et, progressivement, abolition des mou-
« vements volontaires, affectant d'ordinaire et primitivement
« les membres inférieurs ou l'un d'eux, et se généralisant
« ensuite ; la perte ou la diminution de la contractilité élec-
« tro-musculaire survenant dès le début dans les muscles
« paralysés ; l'atrophie en masse des muscles paralysés et la

« métamorphose graisseuse d'un certain nombre d'entre « eux. » [1]

Sans doute, l'existence des troubles de la sensibilité et surtout l'absence de réaction de dégénérescence se présentaient comme un obstacle à la rigoureuse exactitude de ce diagnostic, mais ne pouvions-nous avoir affaire à un cas fruste ? D'ailleurs, l'absence de R. D. pouvait s'expliquer par la raison que nous étions au début de la maladie, et qu'à cette époque, on n'observe quelquefois qu'une simple diminution de l'excitabilité électrique. La marche de la maladie n'est pas venue seulement infirmer notre premier diagnostic, mais encore nous y a fait complètement renoncer. Les troubles de la sensibilité ont augmenté, l'atrophie est devenue plus accusée sans que la R. D. apparût. Enfin, s'est manifesté un symptôme important, qu'on ne constate jamais dans la polyomyélite antérieure : c'est la paralysie de la vessie.

Quelle était parmi les autres myélopathies celle qui présentait le plus de rapports avec ce tableau clinique, ainsi complété ?

La paralysie des réservoirs coïncidant avec des troubles de la sensibilité chez une paraplégique flasque, ne pouvait faire penser qu'à une myélite chronique de la région dorso-lombaire.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le terme de myélite transverse ne correspond pas, soit cliniquement, soit anatomiquement, à une entité morbide nettement définie. « Toute « une catégorie de faits, dit M. Pierre Marie, reste à décrire : « ce sont ceux que l'on désigne sous le nom de myélites « transverses [2]. »

Tout récemment, M. Brissaud, dans une remarquable leçon sur la myélite transverse, affirme que « nous ne som- « mes pas définitivement édifiés sur les causes, les lésions et « les symptômes de cette affection. Ce qu'on entend par myé-

(1) Paul Blocq.— *Polyomyélite antérieure subaiguë et chronique in Manuel de Médecine* de Debore et Huchard.

(2) *Manuel de Médecine Charcot et Bouchard.*

« lite transverse, dit-il, surtout en France, n'a pas la précision « qu'exige une définition nosographique [1]. »

Néanmoins, si on s'en rapporte aux descriptions laconiques et incomplètes que nous connaissons, on constate que la myélite chronique dorso-lombaire débute le plus souvent d'une façon insidieuse par l'affaiblissement d'un membre. « Peu à peu, insensiblement, l'impuissance motrice s'exagère, « gagne les deux membres et, au bout de quelques mois, « parfois après un an, la paralysie devient complète [2]. » La paraplégie, qui est la conséquence de cet envahissement progressif des membres inférieurs est, en général, spasmodique, et les *réflexes sont exagérés.* « Toutefois, dit Paul Blocq, « la possibilité du développement de l'opportunité de contrac- « ture, tient avant tout au siège de la lésion, qui doit, pour « qu'elle se réalise, se trouver au-dessus de la région de la « moelle considérée comme le centre des réflexes tendineux, « alors que dans les lésions dorso-lombaires supérieures, on « ne tarde pas à décéler l'exagération des réflexes et le phéno- « mène du pied [3]. »

Dans la myélite transverse, les troubles de la sensibilité sont peu marqués et consistent plutôt en une obnubilation plus ou moins grande de la sensibilité qu'en une anesthésie véritable. Cependant, celle-ci peut exister dans quelques cas exceptionnels. De plus, la paralysie des réservoirs est ici la règle : elle apparaît plus ou moins tardivement ; elle est souvent transitoire au début, mais finit par devenir définitive dans la période d'état de la maladie.

Ne trouvons-nous pas dans cette description rapide des symptômes de la myélite transverse, la reproduction presque parfaite du tableau clinique, présenté par notre malade ? Ne sommes-nous pas autorisés à penser que celle-ci est atteinte de myélite chronique circonscrite, dont le foyer inflammatoire est situé au-dessous des réflexes tendineux ?

(1) Brissaud.— *Loc. cit.*
(2) *Manuel de Médecine de Debore et Achard.*
(3) Paul Blocq.— *Manuel de Médecine de Debore et Achard*

N'est-ce pas le même début insidieux, provoquant une paralysie flasque avec troubles de la sensibilité et paralysie intermittente des sphincters ? Cependant, un symptôme d'une importance indiscutable, ne semble pas cadrer avec certaines manifestations présentées par la malade. Une atrophie aussi considérable que celle que nous avons observée, suppose une altération profonde des cellules des cornes antérieures, et nous aurions dû nécessairement trouver de la R. D. Or, celle-ci fait complètement défaut. Nous ne pouvons que constater le fait sans essayer de s'expliquer, étant privés du contrôle anatomique qui, seul, nous eût peut-être permis de trouver la véritable cause de ce phénomène.

Quelle est l'étiologie de la myélite transverse ? On a incriminé successivement le refroidissement, la syphilis, les lésions de la colonne vertébrale, les tumeurs de la moelle, les intoxications, les infections, etc. Aucune de ces causes ne nous semble pouvoir être invoquée chez notre malade, sauf cependant le froid. C'est, en effet, à la suite d'une série de bains de rivière que les phénomènes paralytiques semblent s'être développés. Nous citons le fait, parce que Charcot attribuait une grande importance au froid, mais, avec M. Brissaud, nous pensons qu'il faut chercher ailleurs la cause de la myélite transverse, malgré que chez notre malade il semble difficile de préciser le facteur étiologique.

Quoiqu'il en soit, nous pensons avoir affaire à une myélite transversale avec paraplégie flasque d'emblée, et, de ce fait, le cas de notre malade nous paraît constituer une rareté.

Il nous a semblé, de plus, que notre observation aurait pu, si l'examen de la moelle et des nerfs pouvait être fait un jour, apporter quelque lumière dans les discussions qui, dans ces derniers temps, « ont remis en question le problème des paraplégies flaccides par compression. »

Nous avons dit que, théoriquement, une lésion située au-dessous des centres des réflexes ou à leur niveau suffisait pour produire une paraplégie flasque.

Mais, est-ce bien la seule raison de la paraplégie flaccide,

en d'autres termes, pouvons-nous affirmer que notre malade est atteinte d'une myélite dorso-lombaire ?

« Depuis un travail qui fait date, publié en 1890 par « Bastian, dit M. Brissaud, nous savons que toutes les lésions « spinales, primitives ou secondaires, capables de déterminer « une paraplégie spasmodique, sont également capables de « déterminer une paraplégie flaccide; mais cela, bien entendu, « à une condition spéciale: cette condition c'est, selon Bastian, « l'*interruption absolue* de la continuité des fibres médullai- « res et des colonnes grises centrales [1]. »

Pour M. Marinesco, il n'est pas nécessaire, non plus, que la lésion siège au-dessous du centre des réflexes pour observer une paraplégie flaccide ; une lésion située au-dessus peut également la produire ; c'est même, pour lui, un fait acquis. « Nous avons vu, dit-il, que l'abolition des réflexes tendineux, au cours des compressions simples et des myélites transverses siégeant au-dessus des centres d'élaboration de ces réflexes est un fait bien établi, indiscutable [2]. »

Et, comme Bastian, il admet que la flaccidité dépend d'une *interruption absolue* dans la continuité de la moelle. « Il n'existe pas, ajoute-t-il, un seul cas de lésion transverse complète, vérifiée à l'autopsie avec conservation des réflexes tendineux. »

Il existe, il est vrai, des observations de myélite transverse de la région cervico dorsale avec paraplégie flasque (cas de Kadner, de Bobinski, de Sénator, de Westphal, etc...). Mais, s'*il est indiscutable*, comme le dit M. Marinesco, que l'abolition des réflexes existe avec une myélite transverse située au-dessus du centre des réflexes, on ne peut admettre, avec lui et Bastian, que la flaccidité est la conséquence de l'*interruption absolue* de la continuité de la moelle.

Nous admettrions plus volontiers avec Westphal, que « la destruction de la moelle n'a pas besoin d'être complète au « niveau du segment vertical et que le substratum anatomique

(1) Brissaud.— *Loc. cit.*

(2) Marinesco.— *Semaine medicale*, 1898, p. 155.

« de la perte des réflexes doit être recherchée dans une altéra-
« tion plus ou moins profonde des cellules des cornes anté-
« rieure de la substance grise [1]. »

Et plus exactement avec M. Brissaud : « Que le seul « obstacle à la contracture réside dans la lésion fortuite, — et « secondaire elle-même — des muscles, des nerfs, des racines « ou de la substance grise de la moelle [2]. »

Quoiqu'il en soit, nous devons retenir qu'on peut observer une paraplégie flasque avec une myélite transverse située au-dessus du centre des réflexes tendineux et, dès lors, nous devons nous demander si, chez notre malade, la lésion médullaire occupe la région dorso-lombaire, comme nous l'avions pensé tout d'abord.

Il est regrettable, nous le répétons, que cette observation ne puisse être complétée par le contrôle anatomique. Celui-ci nous eût donné l'explication des symptômes observés, et peut-être aussi, nous eût permis de contribuer à élucider la pathogénie encore si obscure de la contracture.

L'accord est loin d'être fait sur cette question qui a donné lieu dans ces dernières années, à un certain nombre de théories. Tout récemment encore, M. Grasset [3], dans un travail remarquable, a analysé et discuté les diverses théories émises à ce sujet et a proposé une nouvelle et ingénieuse explication des phénomènes spasmodiques.

Néanmoins, il nous semble possible d'établir chez notre malade, d'ores et déjà, le diagnostic topographique de la lésion médullaire. En effet, lorsque la paraplégie est la conséquence d'une myélite transverse de la région cervico-dorsale, on observe simultanément des symptômes paralytiques des membres supérieurs, du tronc et des membres supérieurs. Or, chez notre malade, la parole reste localisée dans les membres inférieurs ; il est, par suite, très probable, sinon certain, que la lésion médullaire siège dans la région dorso-lombaire, ou

(1) Westphal.— *Semaine médicale*, 1898, p. 200.
(2) Brissaud.— *Loc. cit.*
(3) Grasset.— *Revue neurologique*, 28 févr. 1899.

plutôt lombo-sacrée, et que celle ci, malgré l'absence de R. D., doit s'accompagner d'une altération de la substance grise des racines et des nerfs, ce qui pourrait expliquer la paraplégie flaccide d'emblée, quelque probable que soit la dégénération pyramidale.

SÉANCE DU VENDREDI 7 AVRIL

A 2 heures de l'après-midi

M. Taty répond aux observations faites le matin par MM. Drouineau, Régis et Vallon.

M. le Président félicite M. Taty, au nom du Congrès.

Les cellules de l'écorce grise du cerveau dans l'éclampsie

Par le Dr Anglade, médecin de l'asile d'aliénés de Toulouse,
et le Dr Poux, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Toulouse.

Dans les cellules de l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques (30 en 2 jours), la méthode de Nissl nous a montré divers modes d'altération. En outre, nous avons constaté autour de ces cellules pyramidales altérées, la présence d'éléments anormaux, tout au moins en quantité anormale.

On remarque deux degrés d'altérations cellulaires : la disparition des grains chromatiques qui correspond à l'épuisement de la cellule, et sa déformation, parfois très accusée, qui est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal, ici, que leur nombre. C'est à tort, selon nous, qu'on

leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique.

Plus spéciale nous paraît être la présence, dans les diverses couches de l'écorce grise et, notamment autour des cellules pyramidales, de cellules rondes ou ovales, plus volumineuses et moins colorées. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains plus volumineux, représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales, les pénètrent et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se voient, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce grise des sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant à l'égard de la cellule motrice. Quant à leur nature, on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Ramon y Cajal affirme qu'il s'agit de corpuscules névrogliques, et Lugaro est de son avis.

Discussion

M. Mabille émet le vœu suivant :

« Le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes,
« réuni à Marseille, émet le vœu que les expertises médico-
« légales ayant trait à l'état mental des aliénés soient toujours
« confiées à des médecins aliénistes. Il adhère, en outre, aux
« dispositions légales présentées par M. Dubief à la Chambre
« des Députés, et qui ont trait au placement obligatoire dans
« des asiles, qui pourront être spéciaux, des inculpés non
« poursuivis ou acquittés par les tribunaux ou le jury, en
« raison de leur irresponsabilité. »

Le Congrès adopte ce vœu.

M. Doutrebente cède la présidence à M. Mabille.

Etude photographique sur les effluves humaines

Par les Drs Icard et Sépet.

Dans une communication faite à la Société de physiologie, M. Baraduc annonça qu'il avait pu fixer, sur des plaques sensibles, des radiations lumineuses produites par un fluide qui s'échapperait de l'organisme vivant, aux niveaux des extrémités nerveuses : nerfs périphériques et organes des sens.

Nous avons pu constater la réalité des faits énoncés par ce savant physiologiste, mais des expériences complémentaires nous permettent d'interpréter ces phénomènes d'une façon tout à fait différente. Voici, en effet, les expériences que nous avons entreprises :

1° Lorsque dans l'obscurité la plus complète, l'on tient la main, pendant une durée de 15 minutes, au-dessus d'une plaque sensible (plaque Lumière) immergée, gélatine en dessous, dans une cuvette remplie d'une solution à l'hydroquinone, l'on obtient une image photographique, consistant en cinq ombres à contours non définis, ombres rappelant grossièrement la forme des doigts.

Pour M. Baraduc, cette image résulte de l'action du fluide vital sur le sel d'argent de la plaque impressionnable ;

2° Nous avons répété la même expérience, avec la main d'un cadavre. Le dispositif employé et le temps de pose ont été exactement les mêmes. Au développement, l'image obtenue a été exactement semblable à celle que nous avait fournie la main d'une personne vivante. Il nous paraît donc difficile de voir dans ce phénomène dont nous constatons l'existence, la preuve d'un fluide vital qui se manifesterait aussi par un phénomène physico-chimique indiscutable.

Note sur la Colonisation Familiale

Par MM. Marie et Vigouroux.

Comme les années précédentes, nous avons tenu à vous mettre au courant de la situation des essais de colonisation familiale des aliénés de la Seine.

La dénomination d'*essai*, pour l'œuvre française dont je traite, pourrait faire croire que la solution puisse être encore douteuse ; mais elle ne l'est plus, du moins pour l'assistance aux aliénés femmes, dont 873 ont jusqu'à ce jour pu être évacuées ainsi des asiles sur les colonies du Cher, car ce n'est plus une colonie que nous avons à Dun, mais quatre.

Dun, créé en 1892, compte aujourd'hui 500 malades. La colonie annexe de Busssy-Nizerolles créée, en 1894, compte cinquante placements avec petite infirmerie sur place reliée par téléphone à Dun.

La colonie de Levet, créée en 1897, compte soixante placements, un assistant y réside ; une petite infirmerie voisine du bureau télégraphique y existe également et la localité est reliée par chemin de fer à Dun (15 kilomètres) ; le nombre des placements y peut atteindre 100.

Enfin la colonie d'Ainay-le-Château, en formation dans l'Allier compte 40 placements et en peut contenir 200. L'infirmerie y est installée dès à présent en conséquence.

Ainay est à 26 kilomètres de Dun, à qui il est relié par chemin de fer et télégraphe. [1]

Ces différentes colonies ont reçu jusqu'à ce jour, ai-je dit, 873 malades ; les extinctions par sorties, décès et transfèrements ont, en six ans, réduit l'effectif actuel à 588 ; l'effectif normal pour 1899 est maintenu à 800.

Nous avons poursuivi l'aménagement des services centraux parallèlement au développement des annexes précitées ; l'infirmerie est actuellement complétée et des crédits d'instal-

(1) Une cinquième colonie pour 200 hommes est à l'étude à Ourouer-les-Bourdelins.

lation complémentaires correspondent au développement des magasins de vêture et à l'organisation du travail des malades pour la confection des trousseaux, exclusivement à l'aide de leur main-d'œuvre.

Les différents articles du budget ordinaire d'entretien ont subi l'augmentation correspondante à l'accroissement de l'effectif prévu ; le total budgétaire ne dépasse pas 359,000 fr., soit un prix de journée total de 1 fr. 45, confirmé par les comptes de dépenses réelles antérieurs.

Trois points intéressants avaient été mis à l'étude par nous l'an dernier, ces points avaient fait l'objet de vœux spéciaux au rapport du Conseil général de la Seine.

Ils étaient relatifs à :

1° Développement d'une colonie agricole pour les hommes adultes, aliénés chroniques, épileptiques et imbéciles sortant des services de Bicêtre et Vaucluse ;

2° Extension de l'assistance familiale aux déments séniles hommes ;

3° Extension de l'assistance familiale aux convalescentes à titre de patronage transitoire.

En ce qui concerne la colonisation agricole, 1.200 hectares drainés par les communes de Dun, Saint-Germain et Contres offrent un champ d'application facile ; ces trois communes avaient émis des vœux favorables et de vastes terrains nous étaient offerts en location à proximité des domaines pourvus de vacheries, bergeries, porcheries ; ces conditions particulièrement favorables feront l'objet de propositions et d'essais ultérieurs.

Les catégories de chroniques dont il importe encore de débarrasser l'asile fermé et répondant à la colonisation agricole sont totalement différentes de celles qui relèvent de l'assistance familiale, aucun mode ne saurait être exclusif des autres et nous posons en principe que toutes les méthodes doivent être appliquées ; on n'en possédera jamais trop pour le nombre si considérable des aliénés de toutes catégories. Ceci dit pour

répondre à quelques confrères qui voudraient opposer l'asile fermée ou la colonie agricole à l'assistance familiale ; ce sont autant d'éléments indispensables d'un organisme commun qui ne saurait être complet sans leur application parallèle.

Pour les aliénés convalescents à soumettre à un patronage familial transitoire, je me bornerai à citer ici un passage du rapport présenté sur ce sujet :

Des convalescentes femmes pourraient être tout d'abord confiées aux nourriciers de la colonie familiale des chroniques, en s'en tenant de préférence, au début, à des malades parvenues à la période de ménopause.

D'une façon générale, les aliénés atteintes de psychoses dépressives en voie d'amélioration semblent être celles en état de bénéficier le mieux du patronage familial.

C'est ce qui s'est fait avec succès à l'étranger dans ces dernières années.

En Belgique, en principe, les mélancolies aiguës même sont admises, aussi compte-t-on une forte proportion de psychoses dépressives dans les sorties par guérison pour la colonie familiale de Lierneux (13 hommes sur 63 et 12 femmes sur 46).

Les bouffées délirantes et d'excitation assez atténuées pourront être ensuites admises, mais avec précautions.

Les catégories qui fournissent partout les guérisons les plus nombreuses sont les alcooliques, les déprimées mélancoliques, les délirantes transitoires débiles à accès épisodiques et à confusion mentale.

Les premiers d'entre ces malades, les alcooliques, doivent être, peut-être, réservés aux placements de courte durée auprès d'un asile rural quoique proche de Paris.

A Dun, on n'en pourrait tenter l'envoi qu'après l'essai des catégories autres.

Le milieu qui lui conviendrait serait alors plutôt les placements ruraux disséminés, préférables pour eux au séjour de Dun même, plus fertile en tentations.

L'annexe de Nizerolles, par exemple, conviendrait bien à des femmes convalescentes de ce genre.

Pour les hommes convalescents, l'essai de placement transitoire reste subordonné à l'essai de la colonisation familiale des chroniques de ce sexe, essai dont la réussite ne peut faire de doute ; mais l'observation générale relative à la dissémination rurale de préférence s'applique *à fortiori*.

Sans exclure aucune catégorie, je crois devoir seulement indiquer ici un ordre dans lequel on pourrait procéder aux extensions successives.

Je conclurai donc à l'essai immédiat possible en commençant par le placement, à Dun même, de mélancoliques femmes convalescentes d'un certain âge.

D'une façon générale et à la différence des alcooliques précités, je crois préférable de placer au début ces mélancoliques convalescentes dans un milieu assez aggloméré comme Dun, dont la population est bien accoutumée aux aliénées, et où la surveillance est plus étroite et directe, en même temps que la possibilité immédiate d'isoler à l'infirmerie centrale donne plus de garantie en cas de rechute.

On pourrait également réserver pour Dun les cas susceptibles d'un patronage transitoire de quelque durée ; les autres, courts, pouvant être ultérieurement placés au voisinage d'un grand asile proche de Paris, comme il en fut question.

Là, le plus court passage pourrait compenser le prix de journée plus élevé en même temps que les frais de transport seraient moindres.

Le printemps paraît la saison la meilleure pour ces envois et le temps de passage minimum de deux à trois mois environ (en supposant qu'il n'y ait aucune rechute).

Ce patronage améliorerait la guérison et la rendrait plus sûre ; il serait moins long, moins coûteux à temps égal que l'asile qu'il contribuerait à désencombrer.

On pourrait occuper la convalescente, et lui appliquer avec le traitement moral le milieu familial, comme pierre de touche de la guérison à confirmer.

S'occupant tout d'abord, sans souci du lendemain, elle pourraît être payée au prix du pays, ses gains formant une petite masse qu'elle toucherait au départ avec une allocation sur la fondation d'Andrée.

A la belle saison, la convalescente serait mise en congé d'essai sur place ou avec les garanties qu'on pourrait obtenir de sa propre famille ; elle se trouverait ainsi replacée peu à peu dans la lutte ordinaire par transitions progressives, après un entraînement gradué, au meilleur moment de l'année et dans un milieu calme, reposant, différent de celui où avaient éclos les troubles mentaux initiaux.

Reste la question de la situation administrative des malades ainsi placées.

A ce point de vue, je pense que le procédé dont il avait été fait usage au début pour les chroniques peut s'appliquer :

C'est-à-dire que les envois en convalescence doivent être faits par voie de sortie en quelque sorte conditionnelle.

Les malades ainsi sorties et transitoirement assistées comme convalescentes libres ne seraient pas portées aux registres de la loi.

Ainsi les responsabilités de l'Administration seraient moindres ; les retraits éventuels à l'infirmerie fermée ou à l'asile impliqueraient les formalités ordinaires d'un internement, tout comme nous procédions avec nos chroniques, avant notre assimilation à l'asile.

Mais aujourd'hui nous aurions l'infirmerie nouvelle, mieux outillée, et l'article 19 de la loi de 1838, qui permet l'internement immédiat, avec appui du maire, sous ratification préfectorale dans les vingt-quatre heures; le mécanisme de la réintégration, le cas échéant, serait donc des plus facile et rapide.

Je pense que ces formes seront applicables, puisqu'elles se sont déjà appliquées à Dun et rentrent, d'ailleurs dans le droit commun prévu.

La loi écossaise et un bill proposé (Dr Crochley Clapham, *Quaterly medical Journal*, juillet 1898, p. 344) pour compléter la loi anglaise, admettent la mise en traitement et en surveillance spéciale de certaines malades sans « certification », c'est-à-dire que pour sauver l'aliéné commençant du stigmate de folie, tout en assurant le traitement précoce on évite les formalités officielles de déclaration d'aliénation. Pendant un délai de six mois, le malade est alors considéré comme en traitement d'affection mentale à confirmer. C'est une mesure inverse que constitue, en quelque sorte, le passage transitoire, par sortie précoce et envoi en patronage familial de convalescence.

Reste la question des colonies de séniles hommes.

L'enquête préfectorale primitive de 1890 concernant les malades susceptibles d'être hospitalisés hors des asiles d'aliénés et placés dans des familles avait donné les résultats suivants :

	hommes	femmes
Asile clinique	79	90
Villejuif	115	50
Ville-Evrard	112	5
Vaucluse	105	50
Total	412	241

Au total 653 déments séniles ou imbéciles à hospitaliser hors l'asile fermé.

Sur ce nombre 220 *hommes* et 100 femmes étaient spécialement signalés par les médecins comme pouvant être confiés sans inconvénients à des nourriciers (Mémoire préfectoral n° 61, 29 juin 1891.)

Depuis cette époque c'est non pas 100 femmes mais 865 qu'on a tiré de ces mêmes services pour Dun, alors que huit hommes seulement ont été envoyés.

A vrai dire, leur maintien à Dun depuis six ans n'a souffert aucun inconvénient ; nous savons d'ailleurs que tous les pays étrangers qui appliquent l'assistance familiale l'appliquent indistinctement aux hommes comme aux femmes. (En Belgique : 900 hommes à Ghlel, 200 à Lierneux. En Écosse près de 1.300 ; à Ekaterinoslaw 130.)

Chez nous, les préventions théoriques qui empêchèrent longtemps l'assistance familiale de s'appliquer semblent peser encore sur certains esprits contre son extension aux seuls hommes.

Mais le Conseil général de la Seine est décidé à passer outre et, dès cette fin d'année, nous espérons procéder à la création d'un centre de placements familiaux pour les aliénés hommes, dans des conditions analogues à ceux de Dun et ses annexes.

Les récentes visites des délégations officielles des médecins russes de la province de Nijni-Nowgorod et des médécins allemands de la province de Saxe, MM. Paetz d'Altcherbitz Friès et Alt, permettent de penser que l'exemple de Dun va être sous peu suivi de nouvelles imitations à l'étranger, en attendant que nos confrères français qu'intéresse la méthode, obtiennent eux-mêmes de leurs départements les moyens d'en faire autant.

COLONIE DE DUN ET ANNEXES (700 malades)

Budget d'entretien pour 1900

Nos d'ordre	DÉSIGNATION DES ARTICLES		PREVISIONS budgétaires fr. c.
1	Traitement du médecin-directeur		6.000 »
2	— du médecin en chef		5.000 »
3	— du médecin adjoint		4.000 »
4	— du régisseur		750 »
5	— du 1er assistant		1.080 »
6	— du 2e assistant		645 »
7	— de la sous-surveillante		645 »
8	Indemnités diverses.	Indemnité de déplacement du médecin-directeur. 1.000 Indemnité de logement du médecin-adjoint 800 Indemnité de nourriture du médecin-adjoint 900 Indemnité de nourriture du régisseur 720 Indemnité de nourriture du premier assistant 720 Indemnité de nourriture du deuxième assistant 720 Indemnité de nourriture de la sous-surveillante 720 Indemnité de caisse du régisseur 250 Préposés hors cadre (3 à 600 francs) 1.800 Traitement de la préposée au vestiaire (hors cadre) 1.200	8.830 »
9	Journées de nourriciers		310.000 »
10	Dépenses de pharmacie		2.500 »
11	Lingerie et vêtures		20.000 »
12	Blanchissage		1.000 »
13	Chauffage		1.500 »
14	Éclairage		500 »
15	Entretien et renouvellement des meubles et ustensiles		1.200 »
16	Entretien des propriétés et frais de culture		1.200 »
17	Entretien des bâtiments et murs		1.200 »
18	Contribution et assurance		200 »
19	Locations		1.000 »
20	Abonnement aux eaux (bains)		2.000 »
21	Frais d'administration, de bureau, et d'école		2.500 »
22	Frais de sépulture		2.000 »
23	Tabac		1.200 »
24	Gratifications aux travailleurs		1.500 »
25	Distractions aux malades, douceurs et régimes spéciaux		2.500 »
26	Bibliothèque médicale et matériel scientifique		800 »
27	Dépenses imprévues		950 »
28	Primes aux nourriciers		800 »
29	Déplacements et réintégrations (compris l'entretien des chev et voitur.)		3.500 »
	Prix moyen 1.45	Total	425.000 »

Installations (Prévisions pour 1900)

1° Transport de la salle des morts dans le parc Raymond, près de la route de Bussy, aménagement d'un vestibule et d'une salle d'autopsie .... Fr. 2.980.56

2° Substitution de treillages métalliques au mur de clôture en pierres sèches détériorées, côté du levant du parc Raymond .... 1.240 »

3° Achèvement des ateliers et vestiaires en comble des nouvelles infirmeries . 1.190 80

4° Aménagement d'une bibliothèque, salle de réunion et de jeux, cuisine en 1er étage pour le logement d'un assistant, ... 993 55

5° Renouvellement des peintures, des anciennes salles d'infirmerie, réfectoire, lavabo, cuisine, cage d'escalier .... 456 »

6° Travaux de grosses réparations et d'entretien des couvertures en tuile de l'immeuble Rénier, ... 975 »

A reporter... Fr. 7.835 91

	Report.... Fr.	7.835 91
7° Réparations aux bâtiments et murs de clôture, maçonneries, enduits, vidange des cabinets d'aisances		800 »
8° Plantations, terrassements et sablage pour l'aménagement d'un jardin pour la section d'alitées		400 »
9° Tubes acoustiques reliant les bureaux à la pharmacie aux vestiaires et au logement du médecin.— Poste téléphonique à la section d'alitées		1.120 70
10° Etablissement d'une citerne couverte dans la cour de l'immeuble Rénier..		992 80
11° Construction d'un 1er étage au-dessus de l'infirmerie d'Ainay-le-Château, pour l'aménagement d'un logement pour la lingère, et réparation des cabinets d'aisances		4.653 »
12° Etablissement d'un service de bains définitif à Ainay-le-Château		2.050 »
13° Complément d'installation du service de bains à Levet		600 »
14° Aménagement d'une salle de bains à Nizerolles		823 »
15° Installation de 50 lampes électriques à incandescence avec compteur système Elihu Thomson		1.146 25
16° Substitution de treillages métalliques aux murs de clôture en pierres sèches détériorées, côté du levant, partie du parc Hérault et côté de l'ancien jardin Renier joignant l'immeuble de la colonie		1.981 50
Aménagement d'une salle annexe aux bureaux médicaux et pharmacie dans l'ancien passage charretier de la maison Hérault		1.358 60
17° Imprévus et honoraires de l'architecte		2.238.24
18° 1re mise pour trousseaux 100×50		5.000 »
19° Matériel mobilier de la section économique		3.000 »
	Total......	34.000 »

COLONIE PROJETÉE (pour 100 hommes)

Budget d'entretien

DÉSIGNATION DES CRÉDITS	CRÉDITS	
Traitement du médecin	3.000 »	
d° de l'assistant	1.180 »	
d° de l'infirmière	450 »	Nourriture : du médecin... 900 fr. de l'assistant.. 720 de l'infirmière. 600
Indemnité à l'employé comptable (hors cadre)	500 »	
d° diverses	2.220 »	
Journées d'entretien payées aux nourriciers	44.625 »	
Dépenses de pharmacie	800 »	
Renouvellement et entretien des trousseaux	3.000 »	
Blanchissage	500 »	
Chauffage	500 »	
Eclairage	120 »	
Entretien et renouvellement des meubles et ustensiles	200 »	
Entretien des propriétés et frais de culture	200 »	
Location de la maison	1.200 »	
Contributions	50 »	
Assurance contre l'incendie	30 »	
Abonnement aux eaux	300 »	
Frais de bureau, d'impression, etc	600 »	
Frais de sépulture	400 »	
Allocations aux travailleurs	400 »	
Tabac, douceurs aux malades et régimes spéciaux	800 »	
Bibliothèque médicale et matériel scientifique	300 »	
Dépenses imprévues	800 »	
Primes aux nourriciers	200 »	
Frais de réintégrations, Déplacements	1.500 »	
Prix moyen 1.75 Total...	63.875 »	

A partir de 200 malades, le prix tombe à 1 fr. 50

Ajoutons pour travaux d'aménagement des locaux et achat de matériel, la somme de 19.800 fr.

Budget d'installation (hommes)

DÉSIGNATION DES CRÉDITS	CRÉDITS	
Infirmerie et logement du personnel	6.500 »	
Masse des colons	5.000 »	
Installation matérielle du dortoir, infimerie et vestiaire	3.600 »	
Réfectoire, salle de réunion	600 »	
Bains	900 »	
Cuisine	250 »	
Cabinet médical et bibliothèque	1.000 »	
Buanderie	250 »	
Pharmacie et laboratoire	1.200 »	
Imprévu	500 »	
Total...	19.800 »	

M. Doutrebente demande à M. Vigouroux de le rassurer sur l'existence possible des dangers créés par le placement familial.

M. Vigouroux répond que les malades envoyés à Dun-sur-Auron ont déjà séjourné dans les asiles et qu'ils sont choisis par les médecins ; les malades agités sont renvoyés à Bourges. Il ne demande pas l'application du système des asiles à portes ouvertes. pour tous les malades.

Alitement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et sub-aiguës de l'alcoolisme

Par le Dr Magnan, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'asile de Sainte-Anne.

Le délire alcoolique est la forme mentale à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit.

Permettez-moi de rappeler, d'abord, l'alcoolisme expérimental qui fournira des indications utiles à ce mode de traitement, basé sur une surveillance continue, persistante, permettant de réaliser promptement, la nuit, les conditions favorables dans lesquelles se trouve le sujet pendant le jour.

Si l'on soumet un chien à l'action de l'alcool, il présente

pendant dix ou douze jours, les mêmes phénomènes d'ivresse sur lesquels je n'ai pas à insister (1).

Mais, si l'on continue à administrer, quotidiennement, le poison, d'autres symptômes apparaissent, dénotant des transformations plus profondes du sujet. Dès le quinzième jour de l'intoxication, il survient une susceptibilité nerveuse, une impressionnabilité remarquable. L'animal est inquiet, triste, il écoute, se tient aux aguets, le moindre bruit le fait tressaillir, si la porte s'ouvre, pris d'une vive frayeur, criant et laissant sur son passage une traînée d'urine, il court se blottir vers le coin le plus obscur de la salle ; il ne répond plus aux caresses, s'éloigne, se cache, cherche à mordre dès qu'on veut le saisir, et pousse des cris aigus à la moindre menace.

Cette disposition craintive augmente chaque jour, et dès la fin du premier mois, des illusions et des hallucinations venant s'y ajouter, elle se transforme en véritable délire. Au milieu de la nuit, tout étant calme, il se met à aboyer avec force, élevant et multipliant les cris comme à l'approche d'un agresseur ; d'autres fois, il pousse des gémissements plaintifs ; la voix, l'appel, sont insuffisants pour le rassurer, il faut intervenir avec la lumière : la clarté l'apaise et le tranquillise.

De même que l'animal, l'homme, au bout de peu de temps, change de caractère, se montre irritable, inquiet, impressionnable, il devient le jouet d'illusions et d'hallucinations, et lorsqu'après des excès répétés, il dépasse le limite de saturation, ou qu'il est soumis à quelque autre cause d'excitation, il est pris d'un accès de délire alcoolique.

Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, de nature pénible, s'étendant à tous les sens, rappelant les préoccupations dominantes du moment, les occupations journalières avec surtout leurs accidents et leurs désagréments.

Ces hallucinations, suivant la disposition du sujet, sui-

(1) Magnan.— *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Paris 1874, p. 9 et suivantes.

vant aussi leur degré d'intensité, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complètement la physionomie du malade : tout d'abord, il entend des injures, des provocations ; puis il voit des voleurs, des gens armés, des animaux ; ou bien il entend la voix de ses parents, de ses amis qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours ; il voit sa femme entourée de misérables qui lui font subir le dernier outrage. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux, tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. C'est la forme qui prédomine habituellement dans les accès de *delirium tremens*, où les troubles hallucinatoires, d'une vivacité extrême, s'associent au tremblement de tout le corps, à la trémulation générale de tout le système musculaire.

Dans d'autres circonstances, l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal, il est accusé de différents crimes, il s'imagine les avoir commis, être menacé de subir d'affreuses mutilations ; il assiste à l'enterrement de ses parents. Sous le coup de ces tristes impressions, il est sombre, inquiet, défiant ; il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées d'homicide ou de suicide ; il se présente en un mot, sous l'aspect d'un mélancolique. Enfin, à un degré plus élevé, il se voit chargé de chaînes, au pied de l'échafaud, il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants ; tout est en feu ; il va être englouti, etc. Ces images l'ont atterré, épouvanté, terrorisé, il reste immobile dans un état complet de stupeur.

De ces trois formes, stupide, mélancolique, maniaque, cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

C'est ordinairement la nuit que se montrent tout d'abord ces accidents, et s'il est difficile de préciser leur mode d'évolution, à cause du souvenir un peu confus qu'en gardent les malades, on peut, du moins, indiquer avec certitude leur mode de disparition. Les hallucinations, d'abord persistantes le jour et la nuit, commencent à disparaître le jour, pour con-

tinuer à se produire la nuit, avec la même intensité ; devenant moins nettes, elles se montrent plus tard à ce moment intermédiaire à la veille et au sommeil, depuis longtemps signalé par Baillarger comme favorable à l'éclosion des troubles hallucinatoires. On ne trouve ensuite que des cauchemars qui persistent quelques instants quand l'individu se réveille, puis de simples rêves, et le malade finit par apprécier avec une certaine exactitude ces fausses perceptions sensorielles qui ne tardent pas à disparaître complètement.

Quoiqu'il en soit,l'alcoolisé, habituellement très halluciné et agité à son arrivée, était autrefois isolé, la nuit, dans une cellule ; là, constamment sous le coup de visions effrayantes, de menaces terrifiantes, il ne dormait pas, se tenait debout, poussait ou frappait les parois capitonnées de la cellule, s'agitait, criait, appelait au secours. interpellait des ennemis, s'épuisant en efforts stériles, s'arcboutant contre un mur qui va tomber, contre une porte que poussent des assassins imaginaires, et quand les veilleurs ou le médecin intervenaient, on le trouvait haletant, couvert de sueurs, dans un état d'affolement extrême, et pour lui procurer quelques heures de repos, il fallait employer de très hautes doses de chloral.

Actuellement, les choses ont complètement changé. La présence continue des infirmiers de nuit les rassure, attire leur attention, les rappelle par instants à la réalité ; mais néanmoins si les hallucinations persistent, se montrent actives, pressantes, on ouvre les becs de gaz et on éclaire largement la salle. La vive clarté, les paroles bienveillantes des veilleurs ne tardent pas à les rassurer. Leurs yeux perçoivent nettement tous les objets qui les environnent, il n'y a plus d'ombres, plus de demi-lumières, plus d'images douteuses, il voit en plein éclairage les infirmiers qui lui parlent, et le sujet, comme en plein jour, se calme, rassuré par la substitution aux hallucinations des excitations physiologiques normales des sens : objets bien éclairés, paroles distinctes, interpellations pressantes et intervention de l'entourage, etc. Dans ces conditions, il ne tarde pas à s'endormir, et dès qu'il se réveille, le veilleur

le tranquillise et, habituellement, il se calme de nouveau, se voyant dans une salle d'hôpital et se sentant surveillé et protégé.

Le séjour des alcoolisés dans les salles d'alitement atteint parfois mais dépasse rarement une semaine ; les hallucinations ne tardent pas à disparaître même la nuit, et le malade peut alors être installé dans la section des tranquilles.

Sur 1.024 femmes traitées par l'alitement dans mon service de l'admission, du mois d'avril 1897 au 30 novembre 1898, les alcooliques délirantes ont été au nombre de 105. Chez les hommes, du mois d'octobre 1897 jusqu'au 30 novembre 1898, sur 1.062 malades soumis à l'alitement, 392 étaient atteints de délire alcoolique. Pour tous ces alcoolisés, j'ai eu rarement recours au chloral et je n'ai jamais dû intervenir avec le chlorhydrate d'hyoscine.

Je dois faire observer qu'alitement ne veut pas dire immobilité et fixité au lit, le maniaque lui-même, au bout de peu de temps, reste le plus souvent assis ou étendu dans son lit ; mais les premiers jours, il s'agite, remue, s'agenouille, se dresse, saute et danse, jette oreillers, couvertures et traversins ; ces mouvements désordonnés sont d'habitude de courte durée et le malade finit par se glisser dans les draps et se repose quelques instants pour recommencer encore. Une grande difficulté au début est d'habituer le personnel à rester spectateur attentif mais presque toujours passif, et à n'intervenir que dans les cas, d'ailleurs peu fréquents où le malade sort du lit et est porté à frapper ses voisins et à briser les objets qui l'environnent, ou bien encore quand certains mélancoliques excités sont anxieusement poussés au suicide. Ces moments sont d'habitude de courte durée et quand, exceptionnellement, ils se prolongent, c'est le surveillant ou la surveillante qui interviennent, en attendant le médecin. Si dans ces cas tout-à-fait rares, l'isolement momentané dans une chambre, ou bien le bain ou le drap mouillé ne suffisent pas, une injection d'hyoscine ramène le calme. Le chlorhydrate d'hyoscine est un excellent médicament dont nous avons lar-

gement usé depuis 1888, mais avec le traitement par le repos au lit, nous en avons réduit intentionnellement l'emploi, pour faire tomber la légende de la *camisole chimique* des adversaires de l'alitement.

Si comme nous venons de le voir, l'alitement est utile dans l'alcoolisme, ses avantages n'en sont pas moindres dans toutes les formes aiguës ou sub-aiguës de la folie et nous pensons, en terminant les résumer de la façon suivante : surveillance plus attentive ; soins plus continus ; examen médical plus facile et plus complet ; diminution et bientôt disparition de la phase sur-aiguë de la manie et de la perplexité angoissante et douloureuse de la mélancolie ; sommeil et repos meilleurs ; réparation plus rapide des pertes subies par l'organisme soit par la dépense motrice du maniaque, soit par la dénutrition du mélancolique ; gâtisme très réduit et plus de barbouillage ; destruction presque nulle d'objets mobiliers et de la literie ; intervention moins dangereuse pour le personnel dans les cas de plus en plus rares, d'ailleurs, de violences ou d'agression des malades ; transformation heureuse de l'asile par la substitution de la salle d'hôpital au quartier cellulaire.

D'autre part, on a reproché à l'alitement de provoquer la constipation, l'anémie, des habitudes d'onanisme, de pousser à l'abus des médicaments hypnotiques. Tous ces inconvénients ont été fort exagérés. Il est facile, en effet, de surveiller le régime, de régulariser les digestions quand elles sont troublées ; du reste, tous les matins, le cahier de rapport avec les divers renseignements des veilleurs sur l'état du malade la nuit, le sommeil, la température, signale s'il y a eu ou non des garde-robes, leur nombre, leurs caractères.

Quant à l'anémie, à l'amaigrissement, sauf quelques cas exceptionnels dus à des causes spéciales (tuberculose par exemple), c'est l'inverse que l'on observe ; les malades pesés tous les huit jours, augmentent généralement de poids. Quand les mélancoliques hypoccondriaques ou persécutés refusent les aliments ou en prennent des quantités insuffisantes on recourt à l'alimentation artificielle ; d'autre part, les salles sont large-

ment aérées et chaque jour, presque tous les malades passent, suivant leur état, de 1 à 4 heures en plein air dans les jardins.

Dans les cas très rares où des pratiques d'onanisme semblent vouloir devenir habituelles, les malades sont levés mais passent leur journée soit dans les salles d'alitement soit dans les jardins pendant les heures consacrées à la promenade des alités où la surveillance est continue.

Pour résumer nous dirons :

1° Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures ;

2° Les perceptions illusoires de l'alcoolisme s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes ;

3° L'alitement, en permettant de placer le sujet dès que son délire se réveille dans la réalité des faits, devient dans l'alcoolisme aigu et sub-aigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet en général de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

Un cas de névralgie utéro-ovarienne guérie par la suggestion hypnotique

Par M. le Dr G. Pujol, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Claire M..., tailleuse, âgée de 20 ans, entre, au mois de février 1896, à l'hôpital de la Conception, dans le service de M. le professeur Queirel, salle Sakakini, lit n° 9.

Sans tare héréditaire, cette jeune fille n'offre, de son côté, aucun antécédent pathologique. Réglée à 13 ans, elle a heureusement traversé la périod critique de la puberté et a eu depuis,

pendant les cinq années suivantes, des menstrues régulières et non douloureuses.

Ayant été déflorée à l'âge de 18 ans, elle abandonna ses parents pour venir s'établir à Marseille, échangeant une existence jusqu'alors aisée pour la vie pénible de l'ouvrière. Ce fut précisément à ce moment qu'apparurent les premiers troubles ressentis par notre malade, troubles caractérisés d'abord par des douleurs abdominales au moment des règles et par une leucorrhée légère pendant leur intervalle. Les douleurs, vagues et intermittentes d'abord, devinrent peu à peu plus fréquentes, en même temps qu'augmentait leur violence.

L'état empirant, la malade dût faire un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Vidal. Là, après avoir épuisé la gamme entière des médications usitées en pareil cas, on en vint à lui pratiquer et sans plus de succès, un curetage utérin.

Claire M... rentre actuellement à l'hôpital, décidée à se faire extirper matrice et ovaires,tant sont violentes les douleurs qu'elle endure depuis plusieurs mois. Ces douleurs sont presques continuelles avec exacerbations, survenant sous forme de crises tous les soirs à la même heure, vers 4 heures. A ce moment, les souffrances atteignent une telle accuité que la patiente se tord dans son lit, ne pouvant retenir ses cris, et cela dure pendant plusieurs heures.

Les douleurs sont localisées au bas-ventre, plus particulièrement du côté gauche, avec irradiations dans les lombes et les cuisses. Seules les injections de morphine, de jour en jour forcément plus copieuses, arrivent à procurer quelques moments de répit à notre malade.

A l'examen local, le ventre paraît souple et point ballonné; il est très sensible à la pression, particulièrement au niveau de l'hypogastre, mais la palpation profonde, pas plus que la percussion, n'y révèle absolument rien d'anormal.

Le toucher permet de sentir un utérus petit, mobile, en bonne position, mais très sensible. Le col est conique avec orifice externe arrondi ; il ne présente ni déchirure ni ulcéra-

tion. Les culs-de-sac sont libres, mais douloureux, principalement le gauche. L'examen au spéculum ne décèle rien autre chose qu'un écoulement utérin blanchâtre et glaireux.

La miction est facile ; il n'y a point de constipation ; il n'existe aucun stigmate d'hystérie.

Somme toute, ce qui me frappa surtout dans ce cas, ce fut la discordance complète qui existait entre les phénomènes subjectifs douloureux d'une part, et, de l'autre, l'intégrité presque absolue des organes pelviens, à part un léger degré de métrite. Aussi, j'estimai qu'il s'agissait là de troubles purement nerveux et, puisque aucun traitement n'avait été jusqu'alors efficace, qu'il y avait lieu de tenter la suggestion hypnotique. Ce fut également l'avis de M. le professeur Queirel.

Un premier essai d'hynoptisation par fixation du regard ne me donne aucun résultat. Je suis plus heureux par la méthode de l'occlusion des paupières, accompagnée de massage des globes oculaires ; en trois minutes, la malade tombe dans un sommeil léger. Je lui commande alors de ne plus souffrir et la persuade qu'elle n'aura pas sa crise le soir, mais qu'au contraire, à ce moment elle s'endormira d'un sommeil calme. Une fois réveillée, Claire M... n'a plus souvenir de ce qui s'est passé. Il est alors 11 heures du matin ; elle ne se plaint plus de toute l'après-midi et, à 4 heures, s'endort paisiblement. La nuit est excellente.

Le lendemain et le sur lendemain nouvelles séances d'hypnotisation, même succès. La malade qui ne ressent plus aucune douleur depuis trois jours se déclare guérie et demande sa sortie.

La guérison persiste jusqu'au mois d'août de la même année. A ce moment, les douleurs ayant légèrement reparu, la malade vient me consulter. Je l'hypnotise deux fois et la sensibilité abdominale disparaît pour cinq mois encore.

En janvier 1897, nouveau réveil de la névralgie qui est facilement et définitivement guérie cette fois par quelques séances d'hypnotisation.

J'ai revu depuis et à plusieurs reprises Claire M..., notam-

ment en novembre 1897 pour une bartholinite ; jamais elle ne s'est plus ressentie de sa névralgie utéro-ovarienne. Elle est actuellement mariée à un colon, en Tunisie, et peut effectuer à cheval de longs parcours, sans ressentir aucune fatigue (1).

Un fait à noter encore : au mois de septembre 1898, Claire M... commit un vol à l'étalage. Sous l'influence d'une impulsion irrésistible, dit-elle, elle déroba un objet sans valeur.

Je crois voir là une conséquence de l'hypnotisation qui, bien que faite d'une façon très modérée, n'en a pas moins exalté sans aucun doute la suggestibilité déjà naturellement si grande de notre malade.

Myélite syphilitique diffuse

Par le Dr Evariste LAFFORGUE, Médecin aide-major

L'homme qui fait l'objet de cette observation est un arabe âgé de 39 ans, et qui habite Touggourt (département de Constantine). Comme antécédents, on peut noter des accès de paludisme fréquent chez les habitants de cette région.

La maladie actuelle a débuté il y a cinq ou six ans. Ce début a été marqué par des douleurs très vives siégeant dans la tête (région frontale et occipitale). En même temps, il éprouvait, dans les membres, des douleurs lancinantes qu'il semble falloir localiser surtout au niveau des os. La démarche a été bientôt troublée ; elle est devenue d'abord incertaine, puis progressivement chancelante, et enfin titubante. Aucun phénomène morbide n'existait à cette époque du côté de la face. Depuis deux ans environ, les douleurs ont cessé ; mais les troubles moteurs ont augmenté d'intensité. A cette époque, les troubles céphaliques ont fait leur apparition ; la parole s'embarrassait, devenait bredouillée et bégayée. Les membres supérieurs se prenaient aussi, et devenaient le siège d'oscillations involontaires irrégulières, accompagnant la marche.

(1) J'ai eu l'occasion de voir encore ma malade en octobre 1899 ; elle était dans un état de santé excellent.

Mais il n'existait aucun trouble de la sensibilité. Le malade, qui n'a, d'ailleurs, jamais été très intelligent, a vu encore ses facultés intellectuelles baisser depuis ce moment, et aujourd'hui il a toute l'apparence d'un idiot. Depuis deux ans, l'ensemble de ces phénomènes morbides n'a pas subi de très grandes modifications ; ils se sont cependant quelque peu accentués et sont surtout devenus plus nets et plus précis.

A la fin du mois de mars 1898, le malade se trouvait dans l'état suivant :

Troubles moteurs. — Les troubles moteurs sont surtout manifestes aux membres inférieurs. Au repos et dans la station verticale, le malade est raide, les jambes à demi-fléchies et, lorsqu'il conserve un assez long temps cette position, les membres inférieurs deviennent le siège d'un tremblement qui va progressivement en augmentant et donne lieu à des oscillations d'amplitude assez étendue. Ces oscillations se produisent aussi bien dans le sens latéral que dans le sens artéro-postérieur. Le tronc lui-même est entraîné dans ces mouvements involontaires. En outre, pour se maintenir debout, le malade est obligé d'augmenter la surface de sa base de sustentation en tenant les jambes écartées. Si on lui fait joindre les pieds, il a la sensation d'instabilité et il vacille sur lui-même. Ces troubles de la station verticale ne sont pas augmentés quand le malade ferme les yeux.

La façon dont il marche, est toute particulière. D'une manière générale, sa démarche est titubante. Il penche le corps en avant, à la façon des Parkinsoniens, et projette les pieds en avant avec beaucoup d'incertitude. Ce mouvement de translation est interrompu par des secousses légères des muscles antagonistes qui impriment à la jambe des oscillations en sens opposé, et qui interrompent le mouvement en avant, en diminuant la longueur du pas. De plus, ces oscillations ont pour résultat la marche hésitante. Il en résulte, en outre, une réelle incoordination motrice dans la direction générale du mouvement. Le malade avance en festonnant, en titubant, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Il est impuissant à suivre

une ligne droite. Si l'on regarde comment se comporte le pied, dans ces divers mouvements, on voit que la pointe est plus basse que le talon, et il semble qu'elle rase le sol. Quand on veut faire retourner le malade, il n'y arrive que difficilement. Il lui est impossible de faire le demi-tour tout d'un coup. Le plus souvent, il commence par s'arrêter ; cet arrêt s'accompagne de quelques oscillations provoquées par la sensation d'instabilité et aussi par les contractions spasmodiques dont les muscles des membres inférieurs sont le siège. Puis, il exécute une série de mouvements latéraux, il piétine pour ainsi dire sur place, jusqu'à ce que le mouvement soit terminé, La fin en est marquée par une sensation d'instabilité plus grande qui se traduit par des oscillations encore plus accentuées. Ces oscillations se produisent aussi chaque fois que le malade veut s'arrêter. Enfin, quand la marche se précipite, le malade penche encore davantage son corps en avant, fait les pas beaucoup plus petits, et semble alors ne marcher que sur la pointe des pieds. Les mouvements des membres inférieurs conservent, cependant, dans leur ensemble, la même physionomie.

Ces divers mouvements ne s'accompagnent pas, à vrai dire, d'incoordination motrice bien nette du côté des membres supérieurs. Il existe, cependant, pendant la marche, quelques mouvements saccadés de projection des bras et des avant-bras. Ces mouvements sont très irréguliers. On dirait presque que le malade cherche à s'accrocher à des points d'appui imaginaires pour éviter de tomber.

Les mouvements spontanés et volontaires des membres supérieurs s'exécutent à peu près normalement, et sans aucune incoordination. Il existe, cependant, une certaine incertitude dans leur exécution, et ils s'accompagnent de quelques légères oscillations.

Quand le malade est au repos, assis ou couché, il n'existe aucun mouvement involontaire, ni dans les membres supérieurs, ni dans les membres inférieurs. Mais les mouvements spontanés s'accompagnent, comme nous le disions précédem-

ment, d'oscillations qui présentent les caractères suivants. Ces oscillations ne se produisent que lorsque les membres sont en mouvement. Au repos, ii n'existe aucune espèce de trouble moteur. Elles rentrent donc dans la catégorie des tremblements appelés intentionnels. Le membre est, tout entier, compris dans le mouvement qui semble s'effectuer autour de l'articulation de la racine (épaule ou hanche), de telle sorte que l'amplitude de l'oscillation mesurée aux extrémités, surtout au niveau des mains, est très considérable. Les oscillations des membres inférieurs sont plus accentuées que celles des membres supérieurs, en ce sens qu'elles sont plus fréquentes et plus constantes. La tête est, parfois, remuée par un tremblement analogue, mais d'amplitude plus faible, à l'occasion des mouvements auxquels elle prend part, comme, par exemple, lorsque le malade mange ou boit.

L'exploration objective des membres, au point de vue de la motilité, permet de constater qu'il n'existe pas d'atrophie musculaire. Le malade résiste bien aux mouvements provoqués que l'on essaye de communiquer soit au bras, soit à la jambe.

Les réflexes sont, pour la plupart, anormaux. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, surtout du côté droit. Il existe également de la trépidation épileptoïde, qui est aussi plus accentuée pour le pied droit. Le réflexe crémastérien est normal. Du côté des membres supérieurs, le réflexe du coude est un peu plus considérable que normalement, mais l'exagération en est, en somme, peu prononcée.

Le sens musculaire est normal, et le malade a la sensation bien nette de la position de ses membres.

Troubles sensitifs.— L'étude des troubles de la sensibilité est assez difficile à faire chez ce malade, en raison du peu de développement de son intelligence. L'exploration ne peut nous renseigner que sur l'élément douleur ; car il est incapable d'expliquer les sensations qu'il perçoit pour le contact ou la température. Il n'existe, d'ailleurs, qu'une diminution de la sensibilité dans tout le membre inférieur droit. Le malade ne

réagit guère quand on le pique à ce niveau, tandis qu'il retire vivement sa jambe lorsque l'épingle prend contact avec la peau de la jambe de l'autre côté. Il ressent encore quelques douleurs, assez rares, soit au niveau des membres, soit au niveau de la région dorsale ; mais ce dont il se plaint surtout, c'est de fourmillement et d'engourdissement des jambes et des pieds, prononcés surtout à droite. Il n'existe pas de sensations anormales.

Pour avoir un tableau complet des troubles présentés par notre malade, il nous reste à décrire les phénomènes céphaliques. Les plus importants, sont les troubles de la parole. Le malade articule mal les mots, et cette articulation vicieuse est intermédiaire entre le bredouillement et le bégayement. Il parle très lentement, et c'est surtout pour certaines lettres que l'embarras de la prononciation est considérable. Cette difficulté porte surtout sur les consonnes b, p, l, m, n, r, d et t. Quand le malade a à articuler des syllabes dans la composition desquelles entrent ces lettres, il hésite, et le son traîne, n'est pas net. Il répète, même souvent, en bredouillant, la syllabe commencée. La parole n'est nullement scandée, elle est plutôt embarrassée, bredouillante et parfois, enfin, franchement bégayante. En même temps, on note, du côté de la langue, des contractions fibrillaires. Ces contractions se produisent encore lorsqu'elle est tirée hors de la bouche et maintenue quelque temps dans cette situation. Ses mouvements sont, d'ailleurs, un peu lents à se produire et à s'exécuter. Il n'existe pas de déviation ni d'atrophie bien nette de cet organe.

Pas de troubles de la déglutition.

Du côté des yeux, il existe un léger degré de paresse de l'iris qui se contracte avec plus de lenteur que normalement sous l'influence de la lumière. Cette contraction se produit toutefois. Le réflexe accommodateur est normal. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

Enfin, il existe des symptômes de paralysie faciale du côté droit. Les traits sont tirés du côté gauche, la commis-

sure labiale droite est abaissée. Toute la moitié droite de la face est lisse et ne présente plus aucune ride. Le malade ne peut pas siffler ni souffler. Cependant, la paralysie des muscles de l'orbite est incomplète. C'est ainsi qu'il peut cligner la paupière droite ; mais il existe à leur niveau un certain degré de paresse ; car l'œil semble plus largement ouvert à droite qu'à gauche, et l'abaissement volontaire de la paupière supérieure s'effectue d'une façon incomplète et lente. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité de ce côté.

Au point de vue des fonctions intellectuelles, le malade peut être considéré comme un faible d'esprit, un idiot presque. Cette déchéance intellectuelle, quoique supérieure à celle qui existait, nous dit-on, autrefois, ne nous semble pas cependant devoir être mise sur le compte de la maladie, car si on examine de près les renseignements qui nous sont fournis à ce sujet, on voit qu'il a toujours été intelligent, et n'a jamais guère eu beaucoup plus d'esprit qu'actuellement.

Les organes des sens sont normaux. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. En particulier, il n'existe aucun trouble du côté des sphincters anal ou vésical.

Enfin, nous devons mentionner l'existence de lésions syphilitiques très nettes : plaques muqueuses de la bouche, du pharynx, de la région anale et périgénitale ; polyadénite inguinale et cervicale, et, du côté de la jambe droite, un épaississement du tibia dont la crête est rugueuse et noueuse.

En somme, on peut réunir en trois groupes les troubles morbides que présentait notre malade : 1° des troubles moteurs consistant en des désordres de la station verticale, de la marche, dans l'existence de tremblements et enfin dans l'exagération des réflexes ; 2° des troubles sensitifs qui se bornaient à des douleurs dans les membres inférieurs et à de la rachialgie ; 3° enfin, des troubles céphaliques, embarras de la parole et paralysie faciale.

Les phénomènes des deux premiers groupes doivent être certainement rattachés à des lésions médullaires. Ils peuvent faire songer même à la sclérose en plaques. Mais, s'il s'agis-

sait de cette affection, le tremblement aurait des caractères tout différents de ceux que présentait le malade. Le tremblement de la sclérose en plaques a, en effet, cela de particulier que les oscillations, assez régulières, vont en augmentant progressivement d'amplitude, à mesure que le membre se rapproche du but à atteindre. Or, il n'en est rien ici ; les oscillations sont très irrégulières, et, si elles se produisent à l'occasion d'un mouvement volontaire, comme dans la sclérose en plaques, elles sont désordonnées, et n'ont pas plus d'amplitude à la fin qu'au commencement du mouvement. En outre, les troubles qui siègent au niveau de la langue, ont un caractère que l'on ne trouve pas dans la sclérose en plaques. Il existe, en effet, au niveau de cet organe, un tremblement fibrillaire qui n'existe pas dans le tremblement lingual de la sclérose en plaques. La parole est scandée dans cette dernière, tandis que notre malade bredouille et bégaye.

Ces phénomènes se rapprocheraient plutôt des phénomènes de même ordre, observés dans la paralysie générale, où l'on trouve les contractions fibrillaires de la langue et la parole bredouillée. Mais ici le bredouillement n'est pas net, il ressemble beaucoup au bégayement, et, de plus, la marche générale de l'affection, son évolution n'a pas été celle de la paralysie. La prédominance et la préexistence des symptômes moteurs et sensitifs des membres inférieurs, l'absence des autres symptômes céphaliques qui existeraient, étant donné le stade avancé de la maladie, permettent d'éliminer cette affection.

On ne peut davantage rattacher ces troubles à du tabès dorsal spasmodique. Car on ne trouve pas, quoiqu'elle s'en rapproche un peu, dans la façon dont le malade marche, tous les caractères de la marche des tabétiques, qui balancent le tronc en marchant, placent les bras à demi-fléchis le long du corps, frottent leurs cuisses l'une contre l'autre, entrecroisent leurs pieds. Ils présentent, en outre, ce phénomène particulier, absent dans le cas présent, de ne pouvoir rester assis, le tronc, dans cette position, étant, suivant la disposition des

jambes et des cuisses, entraîné en avant ou en arrière. De plus, c'est une maladie d'origine congénitale, et, dans notre cas, il s'agit nettement d'une affection acquise dans l'âge adulte.

L'ensemble des troubles morbides observés ne peut donc rentrer dans aucun cadre systématique. C'est dire qu'il s'agit de lésions disséminées et diffuses dans diverses régions de la moelle. Les antécédents nettement syphilitiques du malade, la coexistence de lésions spécifiques permettent d'ajouter qu'il s'agit d'une myélite syphilitique diffuse. Le traitement a donné, jusqu'à un certain point, confirmation de cette manière de voir. Le malade a, en effet, été soumis, pendant deux mois environ, au traitement spécifique, et, sous son influence, les troubles moteurs des membres inférieurs ont subi une amélioration. La démarche était devenue plus facile, moins titubante, les réflexes avaient diminué et les douleurs complètement disparu. Mais le malade n'a plus continué son traitement et nous l'avons perdu de vue.

Il est donc très probable que la syphilis s'est localisée dans la moelle épinière, y déterminant soit des lésions artérielles, soit des lésions de méningo-myélite. Ces lésions se sont disséminées dans divers territoires de l'axe médullaire, produisant, par cette dissémination, des symptômes disparates empruntés à plusieurs affections différentes. Le faisceau pyramidal a été certainement atteint, et des lésions de cet ordre se sont étendues jusqu'aux noyaux moteurs du bulbe. Les cordons postérieurs eux-mêmes ont dû être altérés ou, tout au moins, avoir été le siège de poussées congestives liées au processus syphilitique, comme en témoignent les troubles sensitifs. Il est vrai que ceux-ci pourraient s'expliquer aussi par de la congestion générale de l'appareil péri-médullaire, et de l'inflammation de cette région. Les lésions bulbaires sont indéniables, car les troubles céphaliques ont certainement pour cause des lésions siégeant au niveau des noyaux d'origine du facial et de l'hypoglosse. On ne saurait rattacher à des lésions cérébrales les troubles observés sur les territoires de

ces nerfs, car, en particulier pour le facial, la paralysie a les caractères de la paralysie bulbaire, c'est-à-dire qu'elle porte surtout atteinte aux fonctions du facial inférieur, tandis que dans les paralysies corticales, le facial tout entier participe au trouble moteur. Enfin, les lésions bulbaires expliquent très bien l'embarras de la parole.

En résumé, notre malade était atteint d'une myélite syphilitique disséminée, avec localisation du maximum des lésions dans la région dorso-lombaire et dans la portion antérieure de la moelle. La dissémination des lésions s'est opérée vers la région supérieure de la moelle qui a été progressivement atteinte, l'envahissement de l'axe nerveux se continuant jusqu'au niveau du bulbe. Cette diffusion irrégulière du processus dégénératif a eu pour effet de déterminer l'apparition d'une forme clinique anormale de myélite, qui s'est traduite en un syndrôme désordonné, dans lequel se mêlaient et s'enchevêtraient les symptômes divers de plusieurs affections systématiques de la moelle.

Monoplégie hystérique par choc électrique

Par le Dr Sépet (de Marseille).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 62 ans qui à la suite d'une secousse électrique fut atteint d'une paralysie du bras droit. L'accident se produisit le 4 janvier; ce malade ayant touché l'électrode, d'une machine statique fortement chargée fut presque renversé par le choc. Vivement impressionné par cet accident, il ressentit dans le bras qui avait été atteint des fourmillements, des crampes douloureuses surtout au niveau du biceps. Le lendemain, au réveil, le membre lui parut engourdi et il ne put s'en servir pour s'habiller, je le vis dans la soirée et constatai une paralysie complète de tout le bras droit. Cet homme avait présenté dans sa jeunesse des antécédents nerveux fortement marqués, il avait eu, dit-il, des crises nerveuses jusqu'à l'âge de 20 ans. Etant soldat il avait

été atteint de somnambulisme et était toujours demeuré très impressionnable. A 30 ans il eut une maladie aiguë, probablement une fièvre typhoïde avec prédominance de phénomènes cérébraux, depuis il a toujours joui d'une très bonne santé ; l'interrogatoire relève un léger degré d'alcoolisme sans signes d'intoxication. Ce malade exerce la profession de tonnelier.

La paralysie occupe tout le membre supérieur droit, elle est complète ; les mouvements de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main sont absolument abolis, le membre pend absolument inerte. Cette paralysie ne s'accompagne pas de contracture. Les réflexes sont légèrement exagérés. Superposée à la paralysie l'on note une anesthésie en manche de veste, anesthésie complète au tact et à la piqûre, seulement diminuée au point de vue des sensations thermiques. Il n'y a pas de paralysie de la face ni du membre inférieur droit, l'on observe seulement une légère diminution de la force musculaire. Pas d'autres plaques d'anesthésie cutanée. En revanche insensibilité complète du pharynx. Pas de zone hystérogène. Du côté des organes des sens, rétrécissement concentrique et irrégulier du champ visuel du côté droit. Nous éliminons l'idée d'une affection cérébrale ; le malade n'est pas arténoscléreux, n'a pas eu de syphilis, ne présente pas les signes d'une tumeur cérébrale ; il n'a ni vertiges, ni vomissements, ni céphalées, ses reins fonctionnent bien, l'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Ce diagnostic d'hystérie me fut du reste confirmé par l'évolution de la maladie après avoir résisté pendant 15 jours au traitement médical, l'affection fut rapidement guérie grâce aux pratiques d'un rebouteur qui habite Château-Gombert. Cette observation nous a paru intéressante à rapporter étant donné l'âge avancé du malade, 62 ans, et la nature de l'agent provocateur.

Syndrome urinaire neurasthénique

Par le Dr Sepet (de Marseille).

L'étude de la formule urologique joue un grand rôle dans les maladies nerveuses. Chez trois neurasthéniques graves nous avons pu retrouver un ensemble de symptômes qui justifient le titre de notre publication et ce qui nous a paru intéressant c'est que les symptômes urinaires s'atténuent et reparaissent selon que l'on note des améliorations ou des rechutes dans la maladie.

Les tableaux que nous joignons à ce travail, le montrent d'une façon très nette. Chez nos trois malades il existait de la polyurie, avec augmentation de densité ; élimination considérable d'urée et surtout d'acide phosphorique.

La polyurie est constante, il ne s'agit pas ici d'une de ces polyuries intenses que l'on observe chez les hystériques ou chez certains dégénérés ; la quantité d'urine émise dépasse rarement 2 litres, mais se maintient d'une façon constante au-dessus de la quantité normale oscillant entre 1750 cc. et 2000 cc.; pendant les périodes d'amélioration le chiffre descend à 1.500 cc. et au-dessous pour s'élever de nouveau à la moindre rechute.

La densité urinaire est constamment élevée entre 1.028 et 1.032.

Cette urine contient beaucoup d'urée 23 et même 25 grammes par litre. La quantité totale éliminée dans les 24 heures variant entre 40 et 50 grammes ; ce qui explique que malgré une alimentation azotée abondante ces malades ne soient pas gras et qu'ils maigrissent rapidement si l'on soustrait des albuminoïdes de l'alimentation.

Le taux de l'acide urique a varié entre 0,42 et 0,60 par litre se rapprochant sensiblement de celui de l'urine normale, restant fortement au-dessous du chiffre qu'il devrait atteindre étant donné l'excrétion considérable d'urée.

Ce qui nous a surtout frappé c'est la quantité énorme d'acide phosphorique, nous avons trouvé en effet de 2 gr. 70 à

3 gr. d'acide phosphorique par litre ; ce qui nous donne de 5 à 6 grammes par 24 heures. Cette phosphaturie a été constamment retrouvée, elle nous paraît caractéristique de l'urine neurasthénique.

L'acide sulfurique nous a donné les chiffres normaux de 1 gr. 80 à 1 gr. 95 par litre.

Chez deux de nos malades l'urine était acide, chez l'autre elle était légèrement alcaline pendant les deux mois qu'il est resté en observation.

En somme, chez nos trois neurasthéniques nous retrouvons : polyurie légère, augmentation de la densité de l'urine, élimination considérable d'urée et surtout phosphaturie.

Arthrite suppurée et rhumatisme polyarticulaire avec manifestations spinales d'origine blennorhagique

Par le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'École de Médecine de Marseille.

Marie Jacoul... âgée de 17 ans, coiffeuse, née à Mostaganem, entre le 1er mai 1898, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Elisabeth, lit n° 3. Elle est atteinte depuis 15 jours, d'une blennorhagie intense avec métrite. L'articulation coxo-fémorale droite est prise la première ; elle est le siège de douleurs extrêmement vives, s'irradiant dans la région du grand trochanter qui est rouge, chaude, empâtée. Le rhumatisme blennorrhagique se propage aux articulations du genou et du cou-de-pied ; mais cette localisation ne persiste que deux semaines environ. L'arthrite coxofémorale augmente d'intensité et, pendant 25 jours, la malade éprouve des douleurs extrêmement vives, insupportables. Le cœur et les poumons sont sains. A partir du 15 juin, l'écoulement vaginal blennorrhagique est toujours très abondant ; les urines sont rares, chargées de pus, la diarrhée est fétide. L'état général devient mauvais. Une escarre se developpe au niveau du sacrum, elle s'accroît rapidement en surface et en profondeur et les os ne tardent pas à être mis à nu. Le 30 juin, cet état infectieux est très accentué ; l'amaigrissement

est extrême, la langue est dépouillée, rouge vif, les vomissements sont fréquents ; la diarrhée est incessante. Le 5 juillet, le subdélirium se déclare. La hanche droite est toujours tuméfiée douloureuse à la pression. L'atrophie des muscles des membres inférieurs augmente ; la paraplégie est complète, la marche impossible, les pieds tombants ; la malade ne peut se tenir debout. Les troubles de la sensibilité cutanée sont peu marqués. L'articulation du genou droit est gonflée. L'escarre sacrée ne présente pas de tendance vers la cicatrisation. Aucune modification ne survient jusqu'au 2 août. A cette époque, l'écoulement vaginal est abondant, les urines sont purulentes, une diarrhée profuse et fréquente persiste. L'état général est mauvais, l'amaigrissement est très accusé ; le gonflement de l'articulation du genou droit ne s'est pas modifié. La hanche droite, plus volumineuse qu'à l'état normal, paraît être ankylosée. Les masses musculaires des deux membres inférieurs sont extrêmement atrophiées. La malade est hébétée, elle a du délire. Le Dr François puise directement dans la veine céphalique, avec toutes les précautions antiseptiques, une petite quantité de sang. L'ensemencement dans du bouillon donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes contenant une assez grande quantité de bacilles pyocyaniques mélangés à du coli-bacille. Plusieurs semaines plus tard, le bacille pyocyanique disparaissait et le coli-bacille persistait à peu près seul.

Le délire, les phénomènes infectieux s'accroissent et la malade meurt le 6 août, à 7 heures du matin, dans un état comateux.

Autopsie. — A l'ouverture de la hanche droite, on voit s'écouler en abondance, du pus sanguinolent ; la tête du fémur est usée, rongée, effritée, privée de son cartilage, rugueuse, en partie abrasée ; le tissu osseux est ramolli par places. La cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus, le cartilage a disparu. L'articulation du genou droit est atteinte d'arthrite sèche, plastique; elle ne renferme pas de pus.

Les poumons sont congestionnés ; il n'existe pas de liquide pleural. Le foie, qui pèse 1.690 grammes, est atteint de

dégénérescence graisseuse. Les reins sont hypérémiés, parsemés de points jaunes graisseux. Le poids du rein gauche est de 110 grammes. La rate est augmentée de volume ; des ensemencements faits avec un fil de platine plongé, avec les précautions d'usage, dans la pulpe splénique donnent des cultures de colibacille.

Examen histologique. — La tête du fémur est le siège d'une ostéite avec usure, raréfaction des travées osseuses. Le cartilage articulaire a disparu. Les autres parties de l'articulation coxo-fémorale présentent les lésions habituelles des arthrites suppurées.

Les nerfs rachidiens, pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent par place, des points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect moniliforme.

Les méninges qui enveloppent la partie inférieure et moyenne de la moelle, sont considérablement épaissies et offrent des exsudats dans leur profondeur et sur leur surface.

Les vaisseaux sont très dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures. Sur un point, on constate quelques cellules embryonnaires autour d'un vaisseau. La conservation de cette moelle dans le liquide de Muller n'a pas permis d'utiliser la méthode de coloration de Nissl qui aurait peut-être révélé dans les cellules des cornes antérieures, des lésions que le procédé de Van Gœson ne saurait mettre en évidence.

Enfin, on constate quelques rares cocci, irrégulièrement disséminés, sur les coupes histologiques des méninges et de la moelle.

En résumé, ces manifestations spinales survenues à la suite d'une blennorrhagie, ne sont pas dues à l'action directe du gonocoque; elles dépendent plutôt d'infections secondaires variées, ainsi que le prouvent les cultures de bacilles pyocyaniques, obtenues par l'ensemencement du sang, et la présence de cocci dans les méninges et la moelle. A ce dernier point de vue, ce cas se rapproche du fait de Barrié qui a trouvé du *staphylocoque* (1). Néanmoins, il estime que la myélite qu'il a

(1) Barrié. — *Des méningo-myélites blennorrhagiques.* Thèse 1894.

observée, est d'origine blennorrhagique « On voit, dit-il, dans toutes les maladies infectieuses, des complications causées par les agents pyogènes vulgaires sans que, pour cela, on cesse de considérer la complication comme étant sous la dépendance de la maladie principale. »

Il est probable que, chez notre malade, le *bacille pyocyanique* trouvé dans le sang, pendant la vie, avait été puisé à la surface de l'escarre sacrée. Nous regrettons de n'avoir pas recherché la présence de ce microbe à ce niveau.

Le *coli-bacille*, qui existait encore dans le sang de notre malade, provenait de l'infection des voies urinaires ; il a dû également jouer un rôle assez considérable dans la pathogénie de la paraplégie avec atrophie. Du reste, dans une série d'expériences sur le lapin, MM. Gilbert et Lion (1), Thoinot et Masselin ont déterminé des paralysies atrophiques par inoculation du coli-bacille.

On trouvera l'historique des manifestations spinales d'origine blennorrhagique dans le livre de Guiard (2) et dans la thèse de Doctorat de Lustgarten (3). Sur 18 cas relevés par ce dernier auteur, la mort est survenue 6 fois. Notre observation porte à 7 le nombre des terminaisons fatales signalées à la suite des méningo-myélites d'origine blennorrhagique. Ces accidents spinaux dépendent moins de l'action directe du gonocoque que de l'influence de sa toxine et surtout des infections secondaires concomitantes.

Sur quelques variétés d'hémorrhagies méningées.

Par le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille.

I. — Hémorrhagie sus dure-mérienne par rupture de l'artère méningée.

M..., amaigri, miséreux, âgé d'une cinquante d'années, était monté sur une échelle mal assujettie, il tombe d'une hau-

(1) Gilbert et Lion. — Société de Biologie 1891.

(2) Guiard. — *Les complications locales et générales de la blennorrhagie*, Paris. Rueff, 1898.

(3) Lutsgarten. — *Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie*. Thèse de Paris 1898, n° 338.

teur de 2 mètres 50 ; le coup porte presque directement sur la région pariéto-temporale gauche : il entre le surlendemain à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Vidal, suppléé par le Dr Pluyette qui nous montre ce malade. Il est dans un état comateux, avec perte de connaissance et respiration bruyante stertoreuse : il existe une paralysie complète du côté gauche, atteignant aussi le côté correspondant de la face. On note une déviation conjuguée de la tête et des yeux ; le malade regarde sa lésion. Les pupilles sont reserrées ; la température est normale. On ne constate aucun écoulement de liquide par l'oreille droite.

Malgré l'existence d'une petite plaie contuse insignifiante dans la région temporale droite, nous concluons à la présence d'une compression de la zône rolandique par une hémorrhagie, et nous conseillons la trépanation.

Le Dr Pluyette applique trois couronnes de trépan ; la dure-mère n'apparaît pas à ce niveau ; elle est refoulée par un vaste caillot noir, assez friable, dont on n'enlève que quelques fragments par crainte d'une nouvelle hémorrhagie. Le malade meurt dans la soirée et, à l'autopsie, on voit que ce caillot volumineux, pesant 75 grammes, situé entre la face externe de la dure-mère et la face interne des os du crâne, occupait toute la région correspondant à la zône rolandique droite et exerçait sur les centres moteurs corticaux une compression qui expliquait l'hémiplégie gauche. Cette hémorrhagie provenait de la rupture de l'artère méningée moyenne par un fragment quadrilatère de 2 centimètres sur 3, formée par la table interne du temporal droit. Un des bords, taillé en biseau, avait sectionné nettement et aux trois quarts l'artère méningée. Le trait de la fracture se continuait jusqu'à la base. La rareté des ruptures de la méningée par un fragment de la table interne du temporal, nous a engagé à publier cette observation. Ce cas peut être rapproché de celui de Rausohoff qui, en présence de rupture de la méningée moyenne, a trépané le temporal, évacué le foyer sanguin et lié, sans succès, la carotide primitive. Cette opération a aussi été pratiquée par Bentlee, Alexander, Gamgee.

II. Traumatisme violent de la région temporo-pariétale droite, contracture secondaire et permanente des membres supérieur et inférieur gauches.

R..., 31 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, sans stigmates hystériques, tombe d'une hauteur de cinq mètres ; on le relève sans connaissance et on constate, dans la région pariétale droite, à 5 centimètres au-dessus de l'oreille, une plaie contuse, puis un écoulement séreux et blanchâtre par l'oreille droite. A ce moment, d'après les notes recueillies par M. Reynaud, toute la moitié gauche du corps était paralysée et fortement contracturée. Cet état comateux dure 24 heures ; le malade reprend connaissance et se souvient qu'alors son bras gauche était fixé contre le thorax, que l'avant-bras était fléchi sur le bras, que la main était en pronation et en flexion, enfin que les doigts étaient repliés dans la paume de la main. Tout mouvement spontané de ce membre était impossible. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, en rotation externe, de sorte que le pied venait toucher le milieu de la jambe droite ; les orteils étaient également rétractés. Il ne peut ni marcher, ni se tenir debout : dès qu'il veut faire exécuter à ses membres contracturés le moindre mouvement, ils sont pris d'un tremblement rapide. La face a été respectée, mais la tête, dit-il, était inclinée à gauche. Ces contractures disparaissaient pendant le sommeil chloroformique. Le 15 septembre 1898, il entre dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé. Le membre supérieur gauche peut exécuter quelques mouvements brusques, saccadés, sans atteindre le but visé. Les doigts, fortement fléchis dans la paume de la main, saisissent difficilement les objets. Les réflexes sont exagérés. La sensibilité, à la pression, est un peu diminuée, les autres variétés de sensibilité sont normales ; on note une anesthésie en manchette, au poignet gauche. La peau du membre supérieur gauche paraît plus froide ; la raie dermographique persiste pendant plusieurs heures. Excitabilité électrique normale, pas de réaction de dégénérescence. Les mouvements du membre inférieur gauche sont très brusques et incoordonnés. La

jambe gauche est légèrement fléchie, le pied en extension. Les réflexes, en particulier les réflexes rotuliens, sont exagérés. Le clonus épileptoïde se produit aisément. La sensibilité est conservée. La démarche est brusque, saccadée, mal assurée ; elle n'est possible qu'avec l'appui de deux aides, qui soutiennent le malade de chaque côté. Le membre inférieur droit n'est jamais porté au-devant de l'autre, il sert de pivot, de point d'appui, il quitte à peine le sol et il est placé légèrement en équerre. Le membre inférieur gauche décrit un mouvement spiroïde, s'appuie à peine sur le talon, est plus contracturé et présente un tremblement marqué. Le côté gauche de la face est asymétrique, et les muscles correspondants sont le siège d'une légère atrophie. Quelques séances d'hypnotisme et de suggestion n'amènent aucun résultat favorable. Après une trentaine de séances de pendaison, les mouvements des membres supérieur et inférieur gauches, sont moins brusques, moins saccadés. 4 mois après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire deux ans et demi après le début de sa contracture, aucune amélioration n'est survenue.

Il est difficile de dissocier exactement la part qui revient à l'hystéro-traumatisme et aux lésions méningo-corticales. Néanmoins, l'intensité du traumatisme nous a engagé à rapprocher ce cas du précédent.

Pachyméningite. — Hémorrhagie intra-arachnoïdienne. — Caillot mesurant 16 centimètres de longueur sur 11 de largeur et comprimant la zone rolandique de l'hémisphère cérébral gauche.

Par M. le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'École de Médecine de Marseille.

Frédéric Freisse, âgé de 51 ans, cordonnier, père de 5 enfants dont 2 sont morts : l'un à 15 mois, l'autre à 8 ; non syphilitique, n'a pas d'antécédents héréditaires, il a toujours joui d'une excellente santé : sans être alcoolique, il boit à chaque repas, une assez grande quantité de vin. Il ne prenait, dit-il, ni absinthe, ni autres boissons alcooliques. 7 mois avant

son entrée à l'Hôtel-Dieu, il aurait été atteint d'une orchite, d'origine traumatique, qui guérit au bout de 22 jours. Depuis deux mois, il éprouvait des maux de tête plus accentués dans la région temporale gauche ; son intelligence s'amoindrissait, sa mémoire diminuait, mais il pouvait continuer son métier. Deux semaines avant son admission à l'hôpital, il est atteint de vertige avec perte de connaissance, de courte durée. Cette fausse attaque, pour employer les expressions de sa famille, est immédiatement suivie d'une paralysie incomplète du membre supérieur droit ; elle augmente progressivement ; huit jours plus tard, le membre inférieur du même côté est paralysé à son tour. A partir de ce moment, ce malade ne peut ni manger, ni marcher. Il est apporté le 30 octobre 1898, salle Aillaud, lit 17, dans un état de stupeur très marquée ; il ne comprend pas ce qu'on lui demande ; il ne peut parler. Il existe une hémiplégie droite complète avec légère paralysie du côté correspondant de la face. Les pupilles sont contractées ; les yeux sont déviés à gauche, et on constate une rotation de la tête du même côté. La sensibilité est à près abolie au niveau des membres paralysés. Au bout de quelques jours, le membre inférieur droit est le siège de contractures ; le réflexe rotulien est exagéré, il est plus faible à gauche. L'incontinence des urines et des matières est incomplète. Les urines sont normales ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. La température ne s'élève pas au-dessus de 37° 5. Le traitement consiste en application de vessies de glace sur la tête, révulsifs légers aux membres inférieurs, calomel à doses fractionnées, lavements purgatifs, iodure de potassium à doses rapidement croissantes et injections intra-musculaires quotidiennes d'huile contenant du bi-iodure de mercure. Après une semaine de séjour à l'hôpital, une escarre sacrée se forme ; elle s'étend assez rapidement en surface et en profondeur. L'état général s'aggrave. Le malade tombe dans le coma et meurt dans la nuit.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère correspondant à la partie moyenne de la face externe de l'hémisphère gauche est tapissée, doublée en quelque sorte par un caillot

noir, dur, consistant, très adhérent. Il fait corps avec la dure-mère et peut être enlevé en bloc avec elle. Ce caillot mesure 16 centimètres de longueur sur 16 de largeur ; sa forme est ovalaire ; il a un centimètre d'épaisseur vers son centre, il va en s'amincissant sur ses bords. A l'œil nu, on ne voit que deux à trois strates fibrineuses. La plus interne est limitée par une membrane fine, lisse, constituée par le feuillet viscéral de l'arachnoïde. On constate sur la face interne de cet hématome l'empreinte assez profonde des circonvolutions fronto-pariétales avoisinant le sillon de Rolando. Toute la portion de l'hémisphère cérébral gauche correspondant à ce vaste caillot, est aplatie, déprimée. Il n'existe aucune adhérence entre l'hématome et les circonvolutions sous-jacentes. La pie-mère est fortement congestionnée. La coupe de l'hémisphère cérébral gauche montre un piqueté rouge dû à la section transversale des vaisseaux hypérémiés. Les noyaux gris centraux sont normaux. Une assez grande quantité de liquide rosé s'écoule à l'ouverture des ventricules cérébraux. On constate dans la partie inférieure gauche de la protubérance un autre point hémorrhagique, de la grosseur d'un petit pois. Les artères de la base du cerveau, les sylviennes, etc., ne présentent que quelques rares plaques d'athérome. Les poumons sont le siège d'une congestion considérable. Le cœur est volumineux, les reins sont hypérémiés et légèrement rétractés, ils sont sillonnés de quelques arborisations vasculaires. Il est probable que cette néphrite interstitielle a favorisé le développement de cet hématome.

Examen microscopique de l'hématome. —On constate des caillots stratifiés en rapport des méninges épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. On trouve encore des espaces lacunaires, des sortes de lacs sanguins, formant des diverticules, qui communiquent parfois avec le foyer hémorrhagique principal.

Sur un assez grand nombre de points, on voit les strates fibrineuses alterner avec des couches de cellules embryonnaires.

Les méninges sont parcourues de petits vaisseaux abon-

dants, à structure embryonnaire, dont la rupture facile explique l'étendue de cet hématome.

Hématorachis

Par M. le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'Ecole de Médecine

Antécédents. — Mme veuve Bonnet, âgée de 40 ans, mère de plusieurs enfants, dont l'un, âgé de 10 ans, a subi une résection de l'épaule pour une arthrite tuberculeuse, est forte, vigoureuse, bien constituée et ne présente aucun antécédent pathologique, soit héréditaire, soit personnel ; elle est indemne de syphilis, de tuberculose, de rhumatisme, d'alcoolisme, etc. Depuis deux mois, elle se sent plus faible, elle se fatigue vite, elle trouve que, malgré son appétit, elle perd ses forces, elle peut cependant venir à bout de ses occupations habituelles. Le 7 septembre 1898, à 8 heures du matin, elle sort de chez elle, assez alerte ; elle va rendre visite à une de ses amies. Pendant qu'elle causait, elle ressent des crampes, de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche; elle s'affaisse tout d'un coup, sans vertige, sans perte de connaissance ; elle ne peut plus se relever et le Dr Doulet, qui voit la malade, deux heures après cet ictus, constate une parésie à forme hémiplégique des membres supérieur et inférieur gauches. La face reste indemne. L'auscultation des poumons et du cœur ne lui révèle rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; à six heures du soir, cette parésie s'est accentuée, elle est remplacée par une véritable hémiplégie gauche avec intégrité de la face ; bien plus, les membres supérieur et inférieur droits présentent un état parétique comparable à celui qui existait, le matin, dans le côté opposé. Le pouls est faible, lent ; la respiration est normale au repos, elle devient anhélante dès que la malade se met à parler ; on compte, à ce moment, une trentaine d'inspirations par minute.

Le 8 septembre, à 2 heures de l'après-midi, les quatre membres sont atteints d'une paralysie complète, flasque, sans

convulsions, ni contractures. La face est toujours respectée ; la malade n'a éprouvé ni douleurs, ni vertiges, ni perte de connaissance ; elle est en possession de toutes ses facultés intellectuelles, elle n'a pas d'amnésie, elle n'a pas uriné, elle n'a pas eu de selles. Elle est transportée dans le service de clinique médicale. salle Ste-Elisabeth, lit 27.

Actuellement, cette malade est pâle, elle paraît exsangue ; la peau est froide, glacée : on note une vaso-constriction considérable et une absence complète de sueurs. Les quatre membres sont inertes, flasques, complètement paralysés, incapables de faire le moindre mouvement ; les réflexes rotuliens sont abolis ; les deux pieds sont déviés en équin varus : cette position vicieuse ne s'est produite que depuis deux jours. Il n'existe ni convulsions, ni tremblements fibrillaires, ni trépidation épileptoïde. La sensibilité cutanée à la piqûre est diminuée au niveau des membres inférieurs, elle est conservée sur les membres supérieurs ; la sensibilité au froid et à la chaleur est normale sur toute la surface du corps. Les muscles du cou et de la nuque commencent à se paralyser ; la tête ne peut plus être relevée, elle doit être soutenue par des oreillers ; dès qu'on l'abandonne, elle retombe ballante en arrière ou sur les côtés. La déglutition devient difficile, la voix est éteinte, les réponses sont à peine perceptibles, la langue se meut moins bien ; la malade se plaint d'une forte sensation de constriction à la gorge. Les pupilles sont normales, l'intelligence et tous les organes des sens sont intacts. Elle urine par regorgement, la constipation est opiniâtre. L'examen des urines permet de constater l'absence de sucre et d'albumine et la présence de 13 grammes d'urée par litre. Le pouls est large ; mou, à 75 par minute. Le cœur est normal, les poumons sont le siège d'une légère congestion. La malade est consciente de la gravité de son état, elle demande qu'on la sauve d'une situation dont elle pressent le danger.

A 4 heures du soir, la voix s'est encore affaiblie ; à 5 heures, la malade ne peut articuler que quelques syllabes ; les muscles inspiratoires se contractent péniblement, au prix

de grands efforts : les symptômes de paralysie bulbaire augmentent rapidement : à 6 heures, les muscles inspirateurs fonctionnent si difficilement, qu'il existe un tirage sus et sous-sternal. Vers dix heures du soir, on note une gêne toujours croissante dans la respiration, une cyanose généralisée avec refroidissement ; le pouls est filiforme, intermittent ; les battements cardiaques s'arrêtent toutes les 5 secondes ; les pupilles sont punctiformes ; les 4 membres sont toujours inertes, flasques, glacés. Les fonctions vésicales et rectales ne s'effectuent pas. Quelques stimulants raniment la malade, qui n'a pas perdu connaissance; elle dit qu'elle est perdue, qu'elle a le râle de la mort ; à 2 heures du matin, l'agonie s'accentue, elle ne respire qu'irrégulièrement, par moment ; les battements de cœur sont à peine perceptibles ; elle meurt à 3 heures.

Autopsie. — Le cœur est sain, les poumons sont rouges, congestionnés, atélectasiés et présentent de fortes suggillations à leur base. La rate et les reins sont très hypérémiés. Le foie est normal. Les méninges cérébrales, les plexus choroïdes sont congestionnés, le cerveau ne présente aucune altération. Toutes ces lésions sont accessoires ; les principales siègent au niveau des méninges rachidiennes, qui sont infiltrées de sang noir, coagulé ; il existe une sorte d'inondation sanguine plus abondante dans les portions cervicale et lombaire du canal rachidien. La disposition anatomique, le siège, l'étendue de ces foyers hémorrhagiques, leur formation successive à courte distance, leur extension, leur localisation exclusivement rachidienne expliquent bien la brusquerie du début, la rapidité d'évolution de ces paralysies d'origine médullaire.

Canal rachidien. — Après avoir enlevé, avec précaution, les lames postérieures des vertèbres, on voit qu'une assez grande quantité de sang liquide entoure la moelle cervicale et dorso-lombaire ; il existe aussi des caillots rouges adhérents à la partie postérieure des corps vertébreux des vertèbres cervicales ; mais ils ne sont pas fibrineux, ni imbriqués. La partie inférieure de la moelle et la queue de cheval sont recouverts

d'une couche de sang liquide contenant quelques caillots gelée de groseille, de formation récente.

Bulbe.— Il est le siège de quelques plaques hémorrhagiques, minces, rouge-clair, peu importantes.

Moelle.—A 7 centimètres au-dessous de la protubérance et sur un trajet de 9 centimètres, on trouve un caillot intraméningé correspondant à la face antérieure de la moelle. Sur une longueur de 3 centimètres et demi et une largeur de 1 centimètre et demi, il occupe aussi la partie latérale droite de la moelle ; il se continue, au-dessous, avec un caillot analogue qui siège, au contraire, sur la partie latérale gauche de la moelle ; il va rejoindre, par un étroit prolongement, un troisième caillot entourant complètement toute la moelle sur un parcours de 4 centimètres. A partir du bord inférieur de cet anneau sanguin intra-méningé, le caillot reste limité à la face postérieure de la moelle sur un trajet de 17 centimètres ; enfin, il se continue avec un dernier foyer hémorrhagique qui recouvre les parties antérieure et latérale de la moelle sur un parcours de 18 centimètres et la portion supérieure de la queue de cheval.

En résumé, il s'agit d'un hématorachis avec hémorrhagie intra-méningée considérable. Nous en avons recherché le point de départ dans une série d'examens histologiques.

Une couche épaisse de caillots, de formation récente, adhère intimément à la face externe de la dure-mère spinale et aux lames jaunes élastiques. Sur certains points, on voit des espaces lacunaires. Les parties profondes de ces caillots paraissent plus consistantes, plus tassées, de date plus ancienne. On constate encore une infiltration de cellules embryonnaires entre deux strates fibrineuses. La tunique interne de quelques vaisseaux sanguins est irrégulière tomenteuse. On ne trouve pas, sur les coupes histologiques, les traces du point où s'est faite l'hémorrhagie.

La moelle est intacte ; elle ne présente qu'une forte congestion vasculaire, surtout au niveau des cornes antérieu-

res. Cependant, il existe sur un point, une petite suffusion hémorrhagique sous la pie-mère, autour d'un petit vaisseau.

Un caillot récent se trouve à la surface du bulbe, qui offre quelques points de dégénérescence secondaire.

Le tronc basilaire n'est le siège d'aucune altération. Les autres gros vaisseaux de la moelle et des méninges sont sains.

Somme toute, cet hématorachis semble provenir d'une pachyméningite cervicale, dont le début remonterait à deux mois, au moment où la malade éprouvait de la faiblesse, de la lassitude, et perdait ses forces.

Cette observation offre de grandes analogies cliniques avec le cas d'hématomyélie que nous avons communiqué au Congrès pour l'avancement des sciences, Marseille 1891, page 756.

Il existe un ensemble de signes communs à ces hémorrhagies méningées, médullaires et à la paralysie ascendante de Landry.

Cependant l'évolution encore plus rapide de la maladie, la terminaison plus prompte avec des symptômes de paralysie bulbaire caractérisent surtout l'hématorachis.

Chez notre malade, le mode de développement des paralysies a affecté le type hémiplégique double ; la paralysie des quatre membres n'est pas survenue progressivement, par segments, en débutant par les membres inférieurs, atteignant ensuite les supérieurs. La marche était plus lente dans le cas suivant de paralysie de Landry, qui nous paraît présenter un double intérêt clinique et anatomo-pathologique.

Enfin, nous avons observé une autre variété d'hémorrhagie dans les méninges spinales d'une vache surmenée, qui,après une longue marche, s'affaissa brusquement et présenta une paralysie du train postérieur. Il existait un épanchement sanguin considérable autour de la dure-mère et dans la pie-mère, surtout dans la région cervico-dorsale, dans la partie inférieure de la moelle et au niveau de la queue du cheval. A l'examen histologique, on observe une infiltration hémorrhagique considérable sous la pie-mère spinale, plus abondante autour des

vaisseaux contenus dans les sillons antérieur et postérieur de la moelle. Cette infiltration sanguine s'est produite encore dans l'arachnoïde, dans l'épaisseur de la dure-mère, autour des éléments de la queue de cheval, autour des racines des nerfs rachidiens. On trouve même quelques points hémorrhagiques à la surface de la la dure-mère.

En résumé, il existe des larges infiltrations hémorrhagiques sous la pie-mère, dans l'arachnoïde et à la surface de la dure-mère. Ces lésions ne sont pas rares non plus chez les chevaux surmenés. A la suite de manœuvres fort pénibles dans les Dombes, ces infiltrations sanguines furent trouvées dans l'épaisseur des méninges spinales et même dans la moelle des chevaux, qui succombèrent avec des accidents de paraplégie.

Paralysie ascendante aiguë de Landry

Par le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'École de Médecine de Marseille.

Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de 36 ans, ouvrier des quais, indemne de syphilis et d'alcoolisme, ayant toujours joui d'une excellente santé et niant tout refroidissement antérieur et toute maladie infectieuse. Il raconte que deux jours avant, il a été pris, sans prodromes et sans cause appréciable, de fourmillement, d'engourdissement et de faiblesse dans les deux pieds. Le lendemain matin, il essaye, en vain, de marcher ; ses jambes fléchissent. A partir de ce moment, cette paralysie bilatérale progresse rapidement et symétriquement, de bas en haut et atteint les groupes musculaires, dans l'ordre indiqué par Landry. Dans la soirée, la paralysie flasque des deux jambes est complète. Le lendemain matin, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Aillaud, où nous constatons l'état suivant : Etat général bon, pas de fièvre, pas de troubles de l'intelligence, paralysie complète flasque des deux membres inférieurs, abolition presque complète des réflexes rotuliens, pas de convulsions, pas de contractures, contraction nette et énergique des muscles sous l'influence de courants moyens

fournis par une pile au bichromate de potasse, sensibilité à la piqûre, à la température légèrement émoussée ; masses musculaires des cuisses et des jambes douloureuses à la pression ; pas d'atrophie, pas de troubles trophiques, intégrité des sphincters rectal et vésical, urines normales, ne contenant ni sucre, ni albumine. La paralysie suit une marche rapidement ascendante, mais elle respecte la face. Le lendemain, elle atteint les muscles des doigts, des mains, des avant-bras ; elle gagne dans la nuit, les muscles des épaules, puis des bras. La sensibilité au contact et à la douleur est faiblement diminuée. Les muscles du cou, du tronc et de la nuque ne sont pris que quelques heures plus tard. A ce moment, surviennent des phénomènes de paralysie bulbaire ; la déglutition est difficile, la plus grande partie des liquides qu'il essaye d'avaler s'écoule à l'extérieur ; la voix est faible, chuchotée, mais bien nette ; le malade a conservé toute son intelligence, il se rend parfaitement compte de la gravité de sa situation. Dans la soirée, la respiration devient embarrassée, elle n'est obtenue qu'au prix d'efforts volontaires. Cette paralysie des muscles respiratoires et du diaphragme en particulier augmente rapidement, et, après quelques crises de dyspnée et de suffocation, l'asphyxie fait de rapides progrès et le malade meurt, le lendemain matin, après avoir gardé sa connaissance jusqu'à ses derniers moments. L'autopsie ne révèle que des lésions macroscopiques, d'origine asphyxique. Les poumons sont assez fortement congestionnés, les reins sont hypérémiés. Les autres organes paraissent normaux. Les centres nerveux présentent les traces d'une légère congestion, mais ils ne sont le siège d'aucune altération macroscopique. L'examen histologique de la moelle, des racines antérieures et des nerfs périphériques a été faite avec soin.

La *moelle* présente un aspect vacuolaire anormal des cellules des cornes antérieures, mais sa conservation dans le liquide de Muller n'a pas permis d'employer le procédé de Nissl et de rechercher les modifications dégénératives, décrites dans les cellules ganglionnaires par Œttinger, Marinesco,

Ballet, Remlinger, Bailey et Ewing, Marie et Marinesco, Piccinino, Mills et Spiller. Ces lésions consistent : dans tous les degrés de chromatolyse périphérique, périnucléaire et générale ; dans la désintégration moléculaire de la substance achromatique avec formation de vacuoles et irrégularités dans le contour cellulaire ; enfin dans la série des changements nucléaires aboutissant à la perte de substance.

Les *méninges* sont épaissies.

Ce sont les lésions de *névrite périphérique* qui prédominent. On voit une assez grande quantité de tubes nerveux dégénérés sur la coupe transversale des nerfs rachidiens.

A l'examen des *nerfs périphériques*, du *tronc du sciatique* du médian, on constate, sur une série de points, que la myéline est fragmentée, qu'elle a disparu par places ; ailleurs, elle a un aspect granulo-graisseux. On trouve aussi des gros blocs noirs formés par la coloration donnée par l'acide osmique à des parties ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Sur certains points, le cylindre axe est interrompu ; sur d'autres, il est entouré de boules réfringentes et de granulations dues aux altérations de la myéline. On ne constate pas de multiplication des noyaux.

En résumé, la polynévrite est certaine, et étant donné l'aspect anormal de la moelle, il est probable que l'emploi de la coloration de Nissl aurait décélé les lésions des cellules des cornes antérieures.

Au point de vue anatomo-pathologique, la maladie de Landry comprend trois groupes de cas :

1° Elle peut tenir à la myélite seule que les perfectionnements des méthodes de coloration permettront d'observer plus souvent, et il est présumable que le fait de Giraudeau et Léopold Lévi, dans lequel l'absence de lésions des nerfs et de la moelle est signalée, rentrent dans cette catégorie de cas ;

2° Il peut y avoir, comme le disent Mills et Spiller, de la polynévrite, mais les lésions des cellules des cornes antérieures seront vues avec la coloration de Nissl ;

3° Il est probable, qu'au moins dans un certain nombre de cas, le neurone moteur périphérique entier est attaqué en même temps par la toxine ;

4° Il y aurait lieu de rechercher dans la maladie de Landry, l'existence d'un micro organisme analogue à celui que MM. Chantemesse et Ramond ont trouvé dans une épidémie de paralysie ascendante, rappelant le béribéri. Au niveau des cornes antérieures de la moelle de notre malade, on voyait quelques rares bacilles minces, mais l'absence de culture et d'inoculation ne permet pas de leur attribuer un rôle pathogène ;

5° La maladie de Landry peut dépendre de causes infectieuses diverses. Nous citerons comme exemple le cas de Galleta dans lequel le syndrome de Landry a été provoqué par l'influenza. Il s'agissait, au point de vue histologique, d'une polynévrite à évolution rapide diffusée à la moelle (1).

Syndrome de Little d'origine obstétricale. Amyotrophie tardive des membres supérieur et inférieur gauches

Par M. le Professeur BOINET.

Ce petit garçon, âgé actuellement de 3 ans et 2 mois, est né à terme, mais l'accouchement a été extrêmement long et laborieux ; il a duré 24 heures. Il existait une présentation de la face en première position. Naissance asphyxique avec cyanose et boursoufflement des paupières, des lèvres, de la face qui a une couleur lie de vin. Le nouveau-né est inerte, asphyxié pendant un quart d'heure ; puis il reste flasque et les membres sont ballants, sans tonicité, pendant une quinzaine

(1) Dans sa thèse de doctorat sur le *Syndrome de Landry* (Lyon 1899), F. Muzard analyse les travaux récents de Krewer, Roger et Josué, Giraudeau et Lévi, etc., et étudie un type anatomique caractérisé par des lésions exclusives des cornes antérieures. Les altérations des cellules s'étagent, de plus en plus accusées, des régions inférieures de la moelle au bulbe. Dans notre cas, le neurone entier était intéressé, mais les lésions névritiques prédominaient.

de jours, au dire de l'accoucheuse. Ce n'est qu'au bout de 2 semaines, que cet enfant peut maintenir sa tête presque droite, jusqu'alors, elle se balançait inerte ; les muscles du cou n'étaient pas capables de la soutenir. Pas de convulsions. Fonctions normales et régulières. Excellent état général ; il pesait près de sept kilos à la naissance. Le placenta et le cordon étaient normaux. Parents indemnes de syphilis et d'alcoolisme. La mère a eu 5 autres enfants bien constitués également à terme. Elle ne s'aperçoit de la contracture des deux membres inférieurs que 3 semaines environ après la naissance. Les cuisses fortement serrées l'une contre l'autre et placées dans l'adduction forcée, ne peuvent être écartées même sous l'influence d'un effort considérable ; cette contracture était permanente, elle ne s'atténue pas pendant le sommeil. La sensibilité est intacte. Vers l'âge de 6 mois, il peut à peine remuer les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont moins contracturés ; ils n'exécutent que quelques mouvements maladroits, après une certaine éducation. A 7 mois, il ne jouait qu'avec l'auriculaire droit ; quelques semaines plus tard, il parvient à se servir de l'annulaire. Il a parlé aussi vite que ses frères et sœurs. Il est intelligent, sa mémoire est bonne. A 2 ans et demi, il présente toujours une contracture intense des deux membres inférieurs, prédominant au niveau des adducteurs. Les cuisses sont rapprochées, fixées l'une contre l'autre, en adduction forcée avec rotation en dedans. Il est difficile de les écarter modérément même pendant le sommeil. Les deux pieds sont dans l'extension avec adduction, en équin-varus ; leur pointe et leur bord externe sont seuls, pendant la marche, en contact avec le sol qui est raclé, pour ainsi dire, à chaque pas. Les pieds s'entrecroisent, exécutent des mouvements de rotation, autour l'un de l'autre, sans pouvoir être portés franchement et directement en avant, comme dans la locomotion habituelle. Réflexes rotuliens exagérés. Sous l'action des courants de haute fréquence continués pendant trois mois, la rigidité symétrique et bilatérale des membres inférieurs diminue ; cette amélioration est plus marquée aux

jambes ; mais la marche est toujours difficile et lorsque, tenu par les mains, cet enfant veut faire un pas, il glisse péniblement son pied qui, en décrivant autour de l'autre un mouvement de spire, racle le sol qu'il ne quitte pas. Depuis trois mois, les membres inférieur et supérieur gauches se sont atrophiés, ils sont plus mous, plus flasques que les membres correspondants. Le pied gauche glisse mieux sur le sol que le droit. Lorsqu'on lui fait serrer les doigts des mains, on trouve que l'effort musculaire est moins marqué à gauche. L'exagération des réflexes a diminué. Sensibilité normale.

En résumé, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un défaut de développement des faisceaux pyramidaux. La syphilis doit aussi être éliminée. Ce fait peut être rangé dans la *forme cérébro-spinale* décrite par Little, en 1862. Elle dépend de lésions survenues pendant les accouchements difficiles. Il est donc probable que, chez notre petit malade, cette asphyxie des nouveau-nés s'est accompagnée d'hémorrhagies méningées qui ont été suivies de lésions scléreuses comme dans les cas analogues de Sarah Mac Nutt, de Railton. L'amyotrophie secondaire et tardive des membres supérieur et inférieur gauches cadre bien avec cette interprétation. Enfin, pour éviter les confusions, il conviendrait de réserver le nom de *maladie de Little* aux états paréto-spasmodiques survenant chez les enfants nés avant terme, et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

Méningite tuberculeuse avec symptômes choréiformes et athétosiques des membres supérieurs

Par le Dr Boinet, médecin des Hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Marie March...., âgée de 18 ans, fille soumise depuis trois mois seulement, indemne de syphilis et de blennorrhagie, faisait depuis quelques semaines des excès de tout genre. Sa nouvelle profession l'obligeait à absorber une assez grande quantité d'alcool. Elle avait des antécédents scrofuleux,

elle était sujette à des conjonctivites, elle a eu une fièvre typhoïde de moyenne intensité à l'âge de 16 ans ; elle ne présente pas de signes d'hystérie, elle n'a jamais été atteinte de chorée ; enfin elle n'a jamais eu d'hémoptysies ; il n'existe aucune trace de tuberculose dans sa famille. Son frère, un sourd-muet, et sa sœur sont bien portants. Elle entre le 20 juillet 1898, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Elisabeth, lit 13. Elle se plaint de douleurs au creux épigastrique, la langue est saburrale. Elle offre l'aspect clinique d'un embarras gastrique fébrile ; mais l'existence de nombreux craquements au sommet du poumon gauche, les progrès rapides des lésions pulmonaires, la fréquence de la toux, l'expectoration de crachats muco-purulents, la courbe de la température qui atteint 40 le soir, pour tomber à 38 le matin, l'amaigrissement considérable, la perte complète des forces font admettre le diagnostic de granulie débutant par le type clinique d'embarras gastrique fébrile.

Le 18 août, elle a une céphalalgie violente, continue, avec vomissements et constipation. Ces symptômes, indices d'une poussée du côté des méninges, s'accompagnent de mouvements jacksonniens, convulsifs, localisés aux membres supérieur et inférieur droits.

Le 24, ces mouvements sont lents, désordonnés, arythmiques, *choréiformes* et limités au membre supérieur droit. Les doigts de la main sont animés de mouvements athétosiques étendus, de flexion, de reptation, d'extension semblables à ceux qu'exécutent les danseuses javanaises ; la main se fléchit sur l'avant-bras qui exécute, à son tour, des mouvements successifs, de pronation, de supination. de flexion sur le bras. Le deltoïde droit présente des contractions spontanées, en masse ; la moitié droite de la face est grimaçante ; la commissure labiale, fortement tirée en haut et en dehors, laisse les dents à découvert et donne à cette partie de la face l'expression des masques tragiques ; l'aile du nez est rythmiquement soulevée. La malade a du mâchonnement et une grande difficulté pour parler ; elle s'exprime mal, elle bredouille,

l'acuité auditive est fortement diminuée du côté droit ; le bruit d'une montre n'est perçu qu'à une distance de 2 travers de doigt, tandis qu'il est entendu par l'oreille gauche à 30 centimètres. La vision de l'œil droit est très diminuée. Les douleurs de tête sont toujours très intenses, elles occupent surtout la région frontale et présentent parfois des irradiations dans la région occipitale. Les mouvements du membre inférieur droit sont moins étendus, moins fréquents, plus lents ; les orteils esquissent des mouvements athétosiques et leurs mouvements d'extension sont surtout accentués.

La sensibilité au contact, à la douleur, à la température est exagérée dans tout le côté droit. Il existe quelques troubles vaso-moteurs ; la raie méningitique est très accentuée à droite ; la malade éprouve une sensation de forte chaleur qui la force à se découvrir constamment.

2 Septembre. — Les mouvements choréiformes jacksonniens de la partie droite de la face et du membre supérieur correspondant persistent ; les mouvements athétosiques de la main ont cessé ; le pied droit exécute des mouvements de flexion, d'extension avec écartement considérable du gros orteil ; la jambe est le siège de quelques mouvements spontanés choréiformes. Le tremblement épileptoïde fait défaut, le réflexe rotulien est aboli. Lorsqu'on serre faiblement les masses musculaires, la malade ressent une douleur très vive ; elle apprécie les changements de température des divers objets qui servent à l'exploration. Elle dit que la vision de l'œil droit s'est rétablie et que son oreille droite entend le tic-tac d'une montre à une distance de 10 centimètres. La température vespérale oscille toujours entre 39,5 et 40 ; tandis que le matin le thermomètre descend à 38°.

3 Septembre. — Les mouvements athétosiques des doigts de la main droite sont considérables et poussés à l'extrême ; ils sont absolument comparables comme étendue, lenteur et rythme à ceux des danseuses javanaises. Le poignet exécute des mouvements successifs de flexion et d'extension, l'avant-bras passe de la pronation complète à la supination exagérée,

il se fléchit sur le bras; le membre supérieur est animé des mouvements de reptation, de torsion, augmentés encore par l'élévation brusque et en masse de l'épaule. Pour éviter ces contorsions fatigantes qui se renouvellent environ trois fois par minute, la malade se couche sur son membre supérieur droit et immobilise la main et l'avant-bras sous son oreiller. On voit, au niveau de la joue droite des mouvements en masse, attirant la commissure en arrière et comparables à une sorte de tic facial. La jambe droite est fléchie sur la cuisse, contracturée ; elle est le siège de quelques contractions limitées et d'une hyperesthésie cutanée et musculaire considérable. Les réflexes rotuliens sont abolis. On note des mouvements d'extension du pied et des orteils. Les pupilles sont dilatées.

5 Septembre. — La malade est très prostrée, elle ne répond pas, elle a une température vespérale de 40° ; le membre supérieur droit offre les mêmes mouvements choréo-athétosiques, l'hyperesthésie cutanée a diminué; la jambe gauche est toujours fléchie, l'abolition des réflexes persiste. La tête exécute des mouvements d'oscillation, d'inclinaison vers la droite ; il existe en outre des mouvements étendus de rotation des globes oculaires, qui convergent surtout en haut et à droite et qui se reproduisent de 3 à 4 fois par minute. Les paupières présentent simultanément des oscillations convulsives.

6 septembre. — La malade est très affaissée, elle n'a plus de vomissements, mais elle expectore quelques crachats muqueux, purulents. Les bras pendent hors du lit, les mouvements athétosiques des doigts et des mains ont moins d'amplitude, surtout à gauche; l'hyperesthésie a diminué; les convulsions grimaçantes de la face persistent toujours. Les membres inférieurs sont repliés ; la malade est couchée en chien de fusil. Pendant la nuit, les mouvements choréiformes s'exagèrent tellement, que la malade est projetée hors de son lit et tombe sur le plancher de la salle. Elle a du trismus, du mâchonnement, de la raideur de la nuque.

8 septembre. — Les mouvements athétosiques des doigts des deux mains sont toujours considérables ; la sensation de

température est conservée ; l'hyperesthésie cutanée et surtout musculaire est plus accusée que les jours précédents.

10 septembre. — Les mouvements d'athétose ont à peu près disparu. La sensibilité est normale dans les membres supérieurs, tandis que les jambes et les cuisses sont le siège d'une hyperesthésie plus marquée au niveau des masses musculaires profondes que de la peau. Au sommet du poumon gauche, on constate tous les signes caractéristiques d'une caverne. La malade devient gâteuse, elle ne peut plus conserver ses urines ; les selles sont abondantes, involontaires.

11 septembre. — Nous n'observons que quelques mouvements athétosiques à gauche ; l'hyperesthésie a diminué.

12 septembre. — La température est à 37°,5 ; les mouvements des membres ont cessé.

13 septembre. — Les muscles de la face et des lèvres présentent des contractions marquées ; la rotation des yeux réapparaît. Ces phénomènes persistent jusqu'au moment de la mort.

14 septembre. — Les mouvements athétosiques prédominent à gauche. La température du matin est de 38° ; celle du soir atteint 39°,2. La paralysie des sphincters vésical et rectal est toujours aussi complète.

15 septembre. — La prostration augmente, l'état général s'aggrave, la tuberculose pulmonaire a une marche galopante. La température vespérale est à 39°. Les mouvements des membres supérieurs et de la face persistent jusqu'au moment de l'agonie.

Le 21 septembre, l'abattement est extrême, la sensibilité devient obtuse ; la malade est dans un état de subdélire ; elle essaye de manger ses excréments. Elle meurt le 22.

Autopsie. — Le tiers supérieur du poumon gauche est très adhérent ; il est farci de tubercules et creusé de cavernes. Son lobe inférieur est le siège d'une forte congestion, d'une splénisation intense. A la coupe, on trouve un semis de tubercules jeunes ; cependant, on constate, au centre de ce lobe, une cavernule grosse comme une noisette.

Le poumon droit a une coloration rouge brun, il est infiltré de tubercules miliaires mélangés à des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse. La matière caséeuse n'est pas ramollie ; la partie inférieure du lobe supérieur de ce poumon est seule creusée d'une caverne ayant les dimensions d'une noix. Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux. Le cœur est normal, le foie est légèrement graisseux, la coupe présente du foie muscade. Les capsules surrénales sont volumineuses, sans infiltration tuberculeuse, molles. Les reins offrent des traces macroscopiques de dégénérescence graisseuse, le rein gauche est marbré, jaspé à sa surface. La rate n'est pas augmentée de volume, l'utérus et les annexes sont normaux.

A l'ouverture de la dure-mère, il ne s'écoule qu'une quantité normale de liquide ; on constate une infiltration gélatineuse blanchâtre, opalescente, molle sur la surface de circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, surtout dans la profondeur et sur les bords du sillon de Rolando. A un examen plus attentif, on voit que les lésions prédominent à la partie supérieure et interne de ces deux circonvolutions, empiétant sur le lobe paracentral. Sur certains points, on constate même des petits tubercules miliaires. Il existe, en outre, une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando, atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. C'est dans cette région que se trouvent, en effet, les centres moteurs de la face, des doigts, du carpe, des groupes musculaires insérés sur le cubitus. Cette localisation méningitique explique donc les mouvements choréo-athétosiques des membres supérieurs et les mouvements convulsifs de la face observés sur cette malade.

Enfin, on constate des plaques de congestion, d'une coloration rouge vif sur la face externe du lobe occipital, et, en particulier, au-dessus du *gyrus temporalis*, dans le point qui correspond, dans les dessins de Strümpell et Jakob, au centre de la déviation conjuguée. Il n'existe ni plaques méningitiques, ni tubercules sur les autres points du centre nerveux. La quantité de liquide ventriculaire est normale. Nous avons étudié,

sur les coupes, les altérations de la surface des circonvolutions qui étaient en contact avec ces lésions méningées.

Les exsudats méningés fibrino-purulents ont une épaisseur considérable sur certains points ; ils sont parcourus par des vaisseaux fortement dilatés ; ils sont infiltrés de globules de pus et de cellules embryonnaires.

L'examen des circonvolutions cérébrales sous-jacentes montre, en outre d'une dilatation vasculaire, une prolifération nucléaire, des cellules embryonnaires, des altérations prolifératives et les lésions d'une encéphalite superficielle. Certaines circonvolutions ont, par place, un aspect vacuolaire et des points de dégénérescence granulo-graisseuse. Les cellules motrices sont moins nombreuses qu'à l'état normal.

Quelques rares vaisseaux sont oblitérés. A la périphérie de certains d'entre eux, on voit des granulations claires, réfringentes, environnées d'une zone de tissu opalescent avec des cristaux d'acide gras. Enfin, les tubercules sont très rares et, en pareil cas, l'action de la toxine tuberculeuse paraît considérable.

Nous rappelerons que M. Boucarut a publié un cas analogue dans le nouveau *Montpellier Médical* du 31 juillet 1898.

Méningite en plaques avec paralysie complète et anesthésie des membres supérieur et inférieur droits, convulsions cloniques passagères. Paralysie du membre supérieur gauche. Hémiplégie faciale du même côté. Autopsie : amas de tubercules au niveau : 1° du tiers supérieur de la pariétale ascendante, du cinquième supérieur de la frontale ascendante, de tout le lobule paracentral de l'hémisphère gauche ; 2° du tiers supérieur de la frontale ascendante droite et de la partie postérieure de la deuxième frontale du même côté.

Par M. le Dr Boinet, agrégé des Facultés, médecin des Hôpitaux, professeur à l'École de Médecine de Marseille.

Béranger, âgé de 18 ans, n'a pas d'antécédents tuberculeux, il n'a jamais eu d'hémoptysie, il a toujours joui d'une bonne santé et a pu faire un métier très fatigant jusqu'au 25 janvier 1882. Il raconte que ce jour-là, il a été pris de vertiges,

de frissons, répétés, d'épitaxis, de diarrhée, de toux fréquente, quinteuse avec quelques crachats blanchâtres et spineux. Cet état reste stationnaire jusqu'au 3 février, date de son entrée à l'hôpital. Ce malade offre l'aspect clinique d'un typhique. La prostration est considérable, la langue est sèche, rôtie, tremblotante ; le ventre est ballonné. Il existe du gargouillement et une douleur assez vive au niveau de la fosse iliaque droite. On compte 5 à 6 taches rosées lenticulaires disséminées sur les parois de l'abdomen. La diarrhée est abondante ; la dyspnée légère. La toux, peu fréquente, est suivie d'une expectoration spumeuse, d'aspect et de consistance gommeux. La température axillaire atteint 39°. L'état de ce malade s'était tellement amélioré qu'il avait pu se lever pendant les derniers jours dn mois de février, lorsque, le 1er mars, il se plaint d'engourdissements, de fourmillements dans le *membre supérieur droit*, il ne peut ni le soulever, ni le maintenir au-dessous du plan du lit. Les doigts peuvent encore exécuter quelques mouvements de flexion ; mais ils sont lents, tremblotants, incertains. La main peut être légèrement fléchie. Les muscles du bras sont flasques, inertes. Il n'existe ni convulsions, ni contractures. Tout le membre supérieur droit est le siège d'une anesthésie presque complète à la douleur et à la température. Le malade n'accuse pas de douleurs spontanées. La céphalalgie et le délire font défaut. Le pouls est à 90 ; la température axillaire atteint 39°. On constate encore des râles sibilants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons ; l'expectoration est spumeuse, aérée. Le fond du crachoir contient des crachats puriformes. On note encore une diarrhée peu abondante et une légère douleur à la pression persiste toujours au niveau de la fosse iliaque droite.

2 mars. — Le *membre inférieur droit* est pris à son tour ; il est le siège de fourmillements et d'engourdissements ; la sensibilité à la douleur et à la température est notablement diminuée. Les orteils et le pied droit peuvent encore exécuter quelques mouvements de flexion, mais la jambe reste inerte sur le lit ; elle ne peut même pas être fléchie sur la cuisse. La

température locale des membres sains et des membres paralysés atteint 38°.

4 mars. — La *paralysie du membre supérieur droit* est complète et, cependant, les courants faradiques déterminent des contractions musculaires aussi rapides et aussi énergiques que dans le membre correspondant. Le 4 mars, on observe une parésie du *membre supérieur gauche* ; la contraction des muscles est encore possible, mais elle est lente, incertaine et elle s'accompagne d'un léger tremblement. Par contre, elle se produit toujours avec la même intensité sous l'influence des courants faradiques. Leur action n'a donc pas été modifiée par le développement de cette paralysie récente. Enfin, la sensibilité est obtenue ; la piqure de deux épingles n'est perçue que lorsque la distance qui les sépare est de dix centimètres.

La paralysie des membres supérieur et inférieur droits ne subit aucun changement.

5 mars. — La parésie du membre supérieur gauche diminue et, après de nombreux efforts, la main gauche peut être portée à la bouche. En revanche, il existe une anesthésie presque complète sur toute l'étendue de ce membre, elle atteint aussi les régions deltoïdienne et sus-claviculaire correspondantes.

Une *hémiplégie faciale gauche* survient brusquement. La commissure labiale gauche est abaissée, entraînée vers le côté droit ; la joue gauche reste flasque quand le malade souffle ou siffle. Il n'existe ni écoulement de salive, ni épiphora, ni strabisme, ni chute de la paupière supérieure. Il s'agit d'une paralysie faciale inférieure d'origine corticale. La sensibilité de la face est intacte. Les pupilles sont dilatées, égales, contractiles.

6 mars. — L'abattement et la prostration augmentent ; la face est pâle, la langue est sèche, fuligineuse, les narines sont pulvérulentes. La température axillaire est de 39°,6. Le pouls reste à 90. Le malade présente un délire nocturne, tranquille. La dyspnée est plus considérable que les jours précédents, les

quintes de toux sont plus fréquentes, l'expectoration est plus abondante ; elle est toujours spumeuse. Les crachats puriformes ont augmenté. On trouve des râles sibilants à la base des deux poumons et on constate, au niveau des deux sommets, des râles muqueux et une expiration soufflante. Ces signes stéthoscopiques, les grandes oscillations de température inscrites sur la courbe thermique, la durée de l'évolution de la maladie, toutes ces paralysies multiples, variables, corticales, font écarter le diagnostic de fièvre typhoïde et font songer à une granulie avec localisation méningée au niveau de la zône rolandique : cependant la raie méningitique est à peine marquée.

7 mars. — Le malade éprouve quelques douleurs rhumatoïdes dans la nuque. Tandis que les paralysies du membre supérieur gauche et la moitié gauche de la face ont diminué, l'hémiplégie droite reste complète. Température 40°. Pouls à 90. Délire nocturne.

8 mars.— La paralysie faciale est moins nette, mais la paralysie du membre supérieur gauche est plus accusée, elle augmente, le lendemain ; elle est à peu près complète. La paralysie des membres supérieur et inférieur droits ne rétrocède pas. Pas d'aphasie.

10 mars.— Le seul membre indemne de paralysie, le *membre inférieur gauche*, est le siège de douleurs spontanées, vives, fulgurantes et d'hyperesthésie. Le moindre contact, le plus léger attouchement provoque de vives douleurs. Sa motilité reste intacte, les jours suivants. Une petite escarre se produit au niveau du sacrum.

11 mars.— Pour la première fois, les membres supérieur et inférieur droits sont atteints de convulsions cloniques, fort énergiques et d'assez courte durée. Il existe une anesthésie complète à leur niveau. Par contre, les douleurs fulgurantes du membre inférieur gauche augmentent de fréquence et de violence. L'hémiplégie faciale gauche s'accentue ; le membre supérieur gauche est toujours dans le même état.

12 mars.— Les mouvements convulsifs des membres

supérieur et inférieur droits ont cessé. Les douleurs fulgurantes, qui s'irradient dans le membre inférieur gauche, conservent toujours leur intensité.

13 et 14 mars. — L'état général est très grave, la dyspnée est considérable, on compte 40 inspirations par minute ; la face est pâle, couverte de sueurs froides, visqueuses. Les bronches s'encombrent de mucosités. On entend un râle trachéal préagonique.

15 mars. — Le malade succombe.

Autopsie. — Les deux *poumons* sont farcis de tubercules miliaires dans toute leur étendue ; on voit, au sommet du poumon gauche, deux petites cavernes de volume d'une noisette. La base et le bord postérieur des poumons sont congestionnés, splénisés ; une sérosité rougeâtre, spumeuse s'écoule de la surface des coupes. Il existe de fortes adhérences *pleurales*, sans trace d'épanchement. Les *ganglions bronchiques* sont volumineux, hypertrophiés. Le *péricarde* renferme 15 grammes environ de sérosité citrine. Le *cœur*, le *foie*, les *reins* sont normaux. La *rate* est légèrement augmentée de volume, quelques granulations tuberculeuses sont disséminées sur sa capsule.

La surface péritonéale des deux derniers pieds de l'*intestin grêle* est parsemée d'un semis de tubercules correspondant à des ulcérations de la muqueuse, à grand axe transversal et de nature tuberculeuse. Quelques-unes de ces ulcérations sont en voie de cicatrisation. Les *ganglions mésentériques* sont volumineux, infiltrés de granulations tuberculeuses.

Les *méninges* sont fortement congestionnées. Deux cuillerées de sérosité louche s'écoulent à la section de la duremère. La pie-mère est très adhérente au niveau des centres moteurs corticaux de la zône rolandique. Il existe, sur ces points, des amas de granulations tuberculeuses qui font corps avec la surface des circonvolutions fronto-pariétales correspondantes. La répartition de ces amas de tubercules est classique :

Hémisphère gauche. — Ils siègent : 1° au niveau de la partie supérieure de la frontale ascendante ; 2° dans le tiers supérieur de la pariétale ascendante ; 3° dans toute l'étendue du lobule paracentral : ces plaques de méningite tuberculeuse se sont donc localisées au niveau des centres moteurs corticaux des membres supérieur et inférieur droits. On aperçoit encore, entre les lèvres de la scissure de Sylvius, une série de petits tubercules suivant le trajet des vaisseaux.

Hémisphère droit. — On observe des amas de tubercules sur le tiers supérieur de la frontale ascendante, sur la partie antérieure du lobule paracentral. Enfin, une masse tuberculeuse, grosse comme un pois, occupe le point où la partie postérieure de la deuxième frontale est en rapport avec la frontale ascendante. Cette lésion correspond, d'après Ferrier, au centre moteur de la région faciale inférieure et explique l'hémiplégie faciale de notre malade. La partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale descendantes ne présentait pas d'altérations macroscopiques.

Les noyaux gris centraux, la protubérance, le bulbe, la moelle n'offrent aucune lésion appréciable.

Réflexions. I. — Ce cas, qui a été observé à une époque où le séro-diagnostic n'existait pas, montre les difficultés du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la granulie avec ulcérations de la dernière portion de l'intestin grêle. Cependant la courbe thermique, l'accentuation des phénomènes pulmonaires, la prédominance des râles aux sommets et les caractères classiques de ces paralysies corticales avaient fait admettre une granulie avec méningite en plaques localisées dans la zône rolandique.

II. — La répartition de ces amas tuberculeux au niveau des centres moteurs corticaux est conforme aux données classiques si bien développées dans les travaux de Charcot, Ferrier, Lépine, Pitres, F. Franck, Grasset, et dans les thèses de Rendu, Landouzy, Boyer, Chantemesse, etc.

III. — Ce fait est surtout intéressant : 1° par la succession, le nombre, la variété et l'étendue de ces paralysies corticales ; 2° par la coexistence de l'anesthésie dans les membres supérieur et inférieur droits ; enfin 3° par l'existence d'une hyperesthésie marquée et de douleurs fulgurantes dans le membre inférieur gauche qui seul a conservé sa complète mobilité.

IV. — Il est, enfin, exceptionnel de voir dans le cours d'une méningite tuberculeuse en plaques, une paralysie faciale inférieure, d'origine corticale, ne pas correspondre au côté qui présente les paralysies les plus étendues et les plus complètes. Du reste, ces hémiplégies de la face et des membres, consécutives à des méningites tuberculeuses, sont assez rares. Dans son travail sur les localisations, M. le professeur Grasset n'en cite que deux cas ; l'un lui est personnel, l'autre a été communiqué par Dreyfus, en 1876, à la Société de Biologie.

V. — Les troubles sensitifs, indiqués dans notre observation, sont peu fréquents. Cependant Charcot et Pitres, Dreyfus, Lépine, Gelpke, etc., ont publié des faits analogues.

VI. — Ces méningites en plaques, à localisations si étendues, se développent surtout dans le jeune âge, dans l'adolescence, avant 25 ans et dans le cours de granulie, de phtisie galopante.

VII. — Cette tuberculose généralisée était acquise et non héréditaire, soit dans l'observation précédente, soit dans le cas de méningite à forme choréo-athétosique que nous avons communiqué, le 7 avril 1899, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille. Ces méningites en plaques sont, du reste, rarement constatées dans la tuberculose chronique habituelle. Leur développement est favorisé par le surmenage et l'alcoolisme.

Sur un cas de délire systématisé des grandeurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde

Par le Dr Frédéric DUFOUR (de Marseille).

Les délires de la convalescence de la fièvre typhoïde présentent les formes les plus diverses, depuis le délire simple jusqu'à la démence aiguë. D'une manière générale, l'idée délirante débute au moment même où la fièvre tombe et où le malade commence à s'alimenter. Le plus souvent, elle naît de toute pièces, sans avoir été précédée de troubles mentaux dans la période d'état de la maladie, et sans que le sujet atteint ait des antécédents névropathiques.

Parmi les formes de délire post-typhique les plus souvent observées, on note la monomanie ambitieuse : Marcé et Morel la regardent presque comme caractéristique de ce délire ; Hanot et Bucquoy l'ont aussi signalée comme très fréquente. Liouville en a publié une très intéressante observation dans les *Annales médico-psychologiques* (mai 1875) et notre confrère et ami le Dr Pagliano dans son importante monographie en signale 8 cas sur les 40 observations de délire post-typhique qu'il a réunies. (1)

Quelques auteurs ont appelé l'attention sur le peu de consistance de cette monomanie ambitieuse, sur sa mobilité et sa transformation en délire lypémaniaque ; d'après Régis notamment, les conceptions délirantes mégalomaniaques ont chez ces malades un cachet spécial de niaiserie, d'absurdité : « on croirait entendre radoter de jeunes vieillards et il n'y a pas chez eux de systématisation ».

L'observation suivante ne vient pas corroborer cette opinion. Comme on va le voir, l'idée délirante est ici nettement systématisée et le malade raisonne parfaitement son délire.

OBSERVATION. —Char..., âgé de 25 ans, frère mariste, a toujours joui d'une bonne santé : dans ses antécédents per-

(1) Pagliano. — Troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde (*Revue de Médecine*, juillet-août 1894).

sonnels, nous ne relevons aucune maladie, aucun symptôme névropathique digne d'être signalés. Ses parents sont bien portants ; sont père est instituteur depuis vingt-cinq ans dans une petite commune de l'Ardèche ; un de ses frères est professeur de droit à la Faculté catholique de Lyon, lui-même est d'une intelligence et d'une instruction supérieures à la moyenne et possède ses baccalauréats.

Le 2 octobre 1898, il est pris soudain sans aucun prodrome de fièvre avec courbature généralisée, maux de tête, bourdonnements d'oreille ; le langue est saburrale, il y a de la constipation. Ce qui domine ces divers symptômes, c'est un abattement extrême, une véritable prostration ; il est comme inerte dans son lit ; il comprend tout ce qu'on lui dit, mais répond avec lenteur et paresse aux questions posées. La température est de 39°. le poul est à 120. Nous pensons à une dothiénenterie mais la brusquerie du début nous fait réserver notre diagnostic.

La symptomatologie précédente se maintient la même du 3 au 7 octobre, malgré les purgatifs répétés et la quinine administrée le soir.

Le 8 et le 9, la fièvre vespérale atteint 39°8, chiffre qui ne sera pas dépassé dans la suite. Le malade ne délire pas, il est toujours plongé dans un assoupissement profond ; les symptômes gastro-intestinaux sont plus marqués, la langue est sèche, rouge sur les bords, la palpation de la fosse iliaque droite laisse percevoir du gargouillement ; il existe un peu de diarrhée fétide.

Le 11 octobre des taches rosées apparaissent sur le tronc et l'abdomen. La fièvre évolue dans la suite d'une façon normale, la température varie le soir entre 39° et 39°,5 et le matin entre 37°,8 et 38°,2. Aucune complication ne survient et le 26 une rémission se produit, le thermomètre ne marque plus que 38° le soir. Pendant cette période d'état, le malade n'a pas cessé de présenter l'abattement et la prostration déjà notés; les traits sont immobiles, la respiration est lente, comme stertoreuse : les mouvements sont rares et paresseux. Le traite-

ment a consisté en lotions froides, potions toniques, antisepsie intestinale réalisée par le naphtol et le salicylate de bismuth.

Le 31 octobre, la température revient à la normale, Char... qui jusque-là n'avait jamais accusé d'idée délirante, même au plus fort de sa fièvre, raconte à son entourage qu'il est très riche, qu'un de ses oncles vient de mourir au Caire en lui laissant beaucoup d'argent et un troupeau de cent mille moutons. Il a d'ailleurs dans l'armoire de sa chambre un coffret plein de billets de banque.

Nous l'interrogeons le 2 novembre et nous cherchons à nous rendre compte de la genèse de son idée délirante.

Il n'a jamais eu de parents au Caire, il ne possède même en France aucun oncle à héritage ; seule la relation de l'idée de richesse avec celle d'un troupeau de cent mille moutons s'explique aisément, Char... ayant passé sa jeunesse dans un pays montagneux où la fortune des habitants est en rapport avec le nombre et l'importance de leurs troupeaux.

Le malade est encore bien faible et nous n'osons retenir longtemps son attention sur les particularités de son idée délirante.

Les jours suivants, les forces étant un peu revenues, son entourage et nous-mêmes insistons sur l'absurdité de cette monomanie ambitieuse ; mais Char.. persiste plus que jamais à se croire très riche : dès qu'il sera, dit-il, entièrement rétabli, il ira au Caire liquider l'héritage et lorsqu'on le verra revenir avec des monceaux d'or, on sera obligé de s'incliner devant la réalité et personne ne le tournera plus désormais en ridicule.

Le délire est absolument systématisé à cette idée de richesse ; à part cela le malade raisonne d'une façon irréprochable. Le 15 novembre il est en état de partir pour St-Paul-Trois-Châteaux, dans la Drôme, où il va terminer sa convalescence.

Nous prions son entourage de nous tenir au courant des modifications qui peuvent survenir dans sa conception délirante. Pendant tout le mois de décembre alors que sa santé est

aussi satisfaisante que possible, Char... n'a pas varié dans ses idées mégalomaniaques, lorsque dans les premiers jours de janvier 1899, le délire cesse brusquement comme il était apparu et Char... ne peut comprendre qu'il ait été pendant deux mois obsédé par cette idée fixe de richesse. Depuis lors, nous avons revu notre malade qui a repris ses premières occupations d'instituteur dans une école libre et dont la mentalité est parfaite.

Trois particularités sont à retenir dans cette observation : En premier lieu il n'existe chez notre sujet aucun antécédent vésanique ou névropathique, soit personnel, soit héréditaire. Pendant toute la période d'état de sa fièvre, nous n'avons pas non plus constaté de symptômes cérébraux, en dehors de l'adynamie et de la prostration précoce que nous avons signalées. Il faut donc admettre dans notre cas, comme pathogénie de ce délire, une action spéciale du poison typhique sur le cerveau, action comparable à celle de certains poisons végétaux ou minéraux. En second lieu, l'idée délirante s'est manifestée au moment même où la température est revenue à la normale et où tous les phénomènes généraux se sont amendés ; à ce point de vue, notre observation concorde avec la plupart des observations publiées ; mais le fait le plus saillant, celui sur lequel nous appelons particulièrement l'attention, c'est la systématisation de l'idée delirante chez notre malade. L'idée d'un héritage qu'il vient de faire est chez lui bien ancrée et il en tire des conséquences logiques : il ira, dit-il, en Egypte liquider la fortune de son oncle et vendre les cent mille moutons qu'il lui a laissés. Et lorsqu'on lui fait observer qu'il n'a jamais eu d'oncle au Caire et qu'il radote, il proteste et se promet de faire taire tout le monde dès qu'il sera de retour avec sa fortune bien nette.

Toutefois il ne répond rien quand nous lui demandons par quel intermédiaire il a eu connaissance de son héritage et quelle est la personne qui lui a remis l'argent contenu, d'après lui, dans l'armoire de sa chambre. A part ces deux lacunes, l'idée délirante est chez notre malade bien échafaudée et très logiquement raisonnée.

Nous sommes loin de la superficialité du délire post-typhique signalée par plusieurs auteurs et entr'autres par Hanot et Bucquoy. Il est fort possible que dans la majorité des cas, les idées délirantes de la convalescence de la fièvre typhoïde soient superficielles et changeantes, mais il faut reconnaître aussi qu'elles peuvent être nettement systématisées et c'est à ce point de vue que l'observation que nous venons de lire présente quelque intérêt.

EXCURSION A TOULON

Samedi 8 avril

L'heure matinale du rendez-vous à la gare, 6 heures 1/2, n'avait heureusement pas empêché MM. les Congressistes et leurs femmes de répondre à l'invitation qui leur avait été adressée. Les exigences du service du P.-L.-M. et l'heure des trains n'avaient du reste permis aucune autre combinaison. Le demi-tarif en 1re classe avait été très gracieusement accordé par la Compagnie qui avait, en outre, réservé quatre wagons à couloir pour le Congrès. Le programme comprenait, en première ligne, la visite du cuirassé le *Jauréguiberry*. M. le vice-amiral Fournier, commandant l'escadre de la Méditerranée avait, avec une bonne grâce dont on ne saurait trop le remercier, autorisé cette visite.

« ..... Le cuirassé le plus intéressant à voir est le *Jauréguiberry*, commandé par M. le capitaine de vaisseau Daniel. Au point de vue électrique, il vous intéressera à n'en pas douter, et la disposition intérieure de sa batterie est telle, que la visite peut en être faite rapidement et sans fatigue. Je vous engage donc, puisque vous ne disposez que d'un temps limité, à inscrire cette visite sur votre programme, et très heureux de vous être agréable, etc., etc. »

Contre-temps fâcheux, le *Jauréguiberry* prenait la mer le 6 avril avec l'escadre, pour aller saluer, à Cagliari, S. M. le roi d'Italie. Grâce à l'obligeance de M. Giraud, capitaine de

frégate en retraite et beau-père du Dr Reynès, congressiste, il fut possible de remplacer la visite si intéressante de ce beau cuirassé par une autre d'un intérêt moins grandiose, mais plus palpitant et d'une actualité émotionnante : il s'agit du sous-marin le *Gustave Zédé*.

Arrivés au port, en face des superbes cariatides de Puget, les Congressistes n'eurent qu'à s'embarquer sur un vapeur de plaisance dont les superstructures ou terrasses permettaient d'admirer les splendeurs de la rade de Toulon, et les salons inférieurs de se garantir des embruns et de la violence du mistral qui soufflait en tempête. La rade est très abritée et personne n'eut à souffrir du mal de mer. Le vent ne permit pourtant pas d'aborder un cuirassé en rade et l'on dut se contenter de visiter aux appontements un garde-côtes cuirassé. Avec cette urbanité qui est un des apanages de la marine, MM. les officiers se prodiguèrent pour faire les honneurs du bord. Du garde-côtes, les Congressistes furent conduits, à travers les dédales de l'arsenal, par M. le commandant Giraud, vers le *Gustave Zédé* que commande son gendre. Visite d'autant plus sensationnelle qu'il a été permis aux Congressistes, après avoir examiné les formes étranges de ce bateau, de monter sur son pont et de jeter un coup d'œil curieux sur son énigmatique aménagement intérieur.

Poursuivant leur excursion, les Congressistes ont pu, en se dirigeant sur St-Mandrier, admirer la *Foudre*, bateau unique en son genre dans la flotte française. Il porte sur son pont une demi-douzaine de torpilleurs. Son outillage spécial lui permet de les mettre à la mer, pendant un combat naval, dès que leur intervention peut être utile. A St-Mandrier, un médecin principal de 1re classe attendait les membres du Congrès et leur a fait visiter, avec une amabilité parfaite, les différents services et le fameux écho de la citerne. Mais l'heure pressait et le séjour a dû être écourté. Il était midi et à midi 1/2 tout le monde était assis, aux Sablettes, devant une table ornée de fleurs. Le temps n'a pas permis de déjeuner sous la vérandah, mais l'on a pu quand même admirer la haute mer

et la plage, à travers les vitrages qui entourent la salle. Quant au menu, il a été très apprécié et tout le monde lui a fait honneur. Les convives étaient environ 80. Au champagne, des remercîments bien mérités ont été adressés au commandant Giraud, et le secrétaire-général a porté le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

Mes fonctions vont expirer dans quelques instants. Je suis un secrétaire-général *in extremis*, mais avant de mourir, je tiens à vous remercier d'avoir répondu, si nombreux, à mon appel et à vous dire non pas adieu, mais au revoir.

Au retour, le vapeur a côtoyé la rade, pour permettre aux excursionnistes de contempler les lamentables ruines occasionnées par la terrible explosion de la poudrière de Lagoubran. A 7 heures, tout le monde était rentré à Marseille.

RÉCEPTION A L'ASILE D'AIX

INAUGURATION DU BUSTE DU DOCTEUR PONTIER

Communication du Docteur REY,
directeur-médecin de l'Asile public d'Aliénés d'Aix.

Le Xme Congrès des médecins aliénistes et neurologistes réunis à Marseille le 4 avril 1899, avait inscrit dans son programme, pour le dimanche suivant, la visite de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence et l'inauguration du buste du docteur Pontier, ancien directeur-médecin et fondateur de cet établissement.

Malgré l'excursion du samedi à Toulon, qui aurait pu retenir et disséminer les congressistes sur la côte d'azur, on s'est rendu très nombreux, dans l'ancienne capitale de la Provence, pour y continuer les travaux du Congrès en ce qu'ils ont de réellement pratique et pour rendre hommage à la mémoire d'un vénéré confrère qui, après avoir consacré une vie laborieuse au service des aliénés, a laissé une œuvre bien digne de notre admiration.

Arrivés à huit heures et demie par la ligne de Marseille aux Alpes, qui parcourt une des régions les plus pittoresques de la Provence, les congressistes sont reçus à la gare d'Aix par M. le Maire, docteur Bertrand, le docteur Chabrier, président de la Commission de Surveillance de l'asile, le docteur Rey, directeur-médecin, docteur Monestier, médecin-adjoint, plusieurs notabilités du monde médical et administratif.

M. le docteur Drouineau, inspecteur-général, délégué du Ministre de l'Intérieur, accompagnait le Congrès.

Les voitures conduisent en quelques minutes à l'asile, pavoisé comme en un jour de grande fête, et où Madame Monestier fait aux Dames du Congrès, avec la meilleure grâce, les honneurs de sa maison.

La première partie de cette journée devait être consacrée au travail. Comme préparation à la visite des quartiers, le Congrès, réuni dans la salle de la bibliothèque entend un exposé de M. Rey, directeur-médecin, sur la situation de l'asile au point de vue médical et administratif.

L'asile d'Aix, asile autonome, reçoit les aliénés des Bouches-du-Rhône, de la Corse et du département d'Alger. La population actuelle est de 786, dont 407 hommes et 379 femmes. Ses diverses provenances, et surtout l'élément arabe et kabyle, lui donnent une physionomie particulièrement intéressante. A noter l'absence de la paralysie générale chez les indigènes algériens au nombre de 83 pour les deux sexes.

M. Rey fait connaître le régime alimentaire et un tableau de régimes spéciaux pour les infirmeries, les déments faibles, et les travailleurs, qui répond à tous les besoins.

Il expose un programme des travaux qui doivent compléter l'asile, assurer le bon fonctionnement de tous les services et surtout remédier à l'encombrement actuel, par la construction d'un quartier de travailleurs et d'une infirmerie pour la section des femmes. La situation financière de l'asile d'Aix, qui possède une réserve importante, permet une prompte réalisation de ces différents projets.

Le Congrès a procédé ensuite à l'ouverture officielle des cours professionnels pour les surveillants infirmiers, faits par le directeur-médecin, le médecin-adjoint, les internes. A cette occasion, M. Rey présente un règlement et des instructions générales, qu'il a rédigés pour les agents du personnel secondaire. Des chefs de quartiers et des surveillants assistaient à cette réunion.

Visite de l'Asile. — On parcourt les différents services de l'asile. L'asile d'Aix situé à l'extrémité d'une des plus belles avenues de la ville, occupe les hauteurs du Mont-Perrin, d'où la vue s'étend sur la jolie vallée de l'Arc et sur une succession de collines boisées. Les pavillons sont au midi sur une galerie couverte et séparés au nombre de cinq pour chaque sexe s'ouvrent complètement entourés par des préaux spacieux. Les malades profitent ainsi de l'exposition au nord et au midi, selon la saison et la température. Les cellules s'ouvrent sur un couloir en hémicycle, qui communique avec le quartier des agités et les bains de traitement. Sur l'axe de l'asile: le bâtiment d'administration, la cuisine, celle-ci très vaste, mais avec des dépendances encore insuffisantes ; puis les bains généraux, où on remarque une installation récente de bains-douches. Ces divers bâtiments sont séparés par des jardins ; puis, à droite et à gauche, au-delà des pavillons, les ateliers et la buanderie.

Un pavillon isolé a été récemment ouvert comme infirmerie générale pour la section des hommes. L'ancienne infirmerie a été transformée en quartier d'observation. Pareille disposition sera réalisée pour la section des femmes.

Les bâtiments et préaux couvrent une superficie de quatre hectares. Le domaine cultural est de vingt hectares.

Depuis un an, l'asile est éclairé à l'électricité. Un ingénieux système de commutateurs permet de transformer en veilleuses les lampes des dortoirs.

Inauguration du buste de Pontier. — A onze heures, heure fixée pour l'inauguration du buste de Pontier, les congressistes et les invités prennent place dans la salle de réunion du grand quartier de la section des hommes, salle très vaste et décorée, ainsi que la galerie, de drapeaux, écussons, de plantes vertes. Au premier rang nous voyons Mesdames Ritti, Vallon, Pichenot, Cotelle, Monestier, Santi ; MM. Drouineau, inspecteur général, Droutrebente, président du Congrès, docteur Chabrier, président de la Commission de Surveillance, sénateur Leydet, Perreau, député de l'arron-

dissement d'Aix, docteur Bertrand, maire d'Aix, Cabassol, conseiller général, les docteurs Dauby, Maunier, anciens directeurs-médecins de l'asile, M. Pontier, le Corps Médical d'Aix, la Cour d'Appel, le Tribunal Civil, l'Université d'Aix-Marseille, les différents Cultes, l'Armée, les différentes administrations publiques, la Presse, sont représentés à cette cérémonie.

Quand le voile tombe, l'excellente musique des Touristes de l'Union joue la *Marseillaise* et l'assistance salue de ses applaudissements la belle figure de Pontier, œuvre remarquable de son fils, professeur de sculpture et conservateur du Musée d'Aix.

Le docteur Chabrier, président de la Commission de Surveillance, souhaite en ces termes la bienvenue aux membres du Congrès :

Monsieur l'Inspecteur-Général,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Congressistes,

Un Congrès consacré à l'étude des nombreuses questions, qui se rattachent à l'administration et à l'organisation des asiles aussi bien qu'au diagnostic et au traitement des trop nombreuses manifestations de l'aliénation mentale, ne pouvait se réunir dans le département des Bouches-du-Rhône, sans qu'il entrât dans ses vues et dans sa sphère d'action, de nous rendre visite, autant qu'il entrait dans les nôtres de vous faire connaître un établissement, qui dans le cours de quelques années et avec les seules ressources d'un budget bien conduit, a pu se créer d'abord, se développer ensuite, et se compléter enfin, en utilisant toutes les données que la science a mises, comme soins, comme installation et comme hygiène, au service des malheureux aliénés.

C'est alors que d'accord avec votre bureau nous avons élaboré le programme de cette journée qui commence et qui ne sera, je le crois du moins, ni la moins importante, ni la moins bien remplie de toutes celles qui ont marqué le cours de votre laborieuse session.

Permettez, qu'avant d'aller plus loin et en ma double qualité de confrère et de président de la Commission de surveillance, je vous souhaite une cordiale bienvenue et que je vous remercie du sympathique empressement que vous avez mis à répondre à notre invitation, vous n'aurez pas à le regretter, je l'espère.

C'est qu'il nous a semblé que vous seriez heureux de juger de « visu »

et de toucher du doigt l'œuvre conçue et mise au point par l'éminent et si modeste confrère que fut le Dr Pontier, n'en n'eussions-nous eu pour garant, que l'empressement mis par votre président, à accepter le mandat de prononcer son éloge, à l'inauguration de ce buste que les pieuses mains d'un fils ont sculpté et que l'administration reconnaissante a dressé comme un hommage sur le champ de bataille même de son activité et de son dévouement.

Nous avions aussi pensé, et vous ne nous en démentirez pas, que vous ne pourriez qu'éprouver une profonde et véritable satisfaction à voir ce que peut l'initiative et la volonté d'un homme épris du but qu'il poursuit, aussi bien que de constater la somme d'effort et de production que recèle cette vie de province qui passe malheureusement trop souvent ignorée, au profit des éclatantes réclames dont se prévalent des œuvres et des talents de second ordre.

Mais nous avions aussi calculé, que votre venue parmi nous, ne serait pas sans quelque gros avantage pour les malheureux qui nous sont confiés et pour lesquels nous avons charge d'âmes, vous ne nous en voudrez pas, n'est-ce pas, si égoïstes pour eux, nous avons en vous invitant, escompté d'avance les profits et les bénéfices que nous pouvions retirer pour eux de votre haute science et de votre expérience consommée.

Car croyez bien, Messieurs, que si nous pouvons être heureux de recueillir pour l'œuvre de notre compatriote M. Pontier et de ses dignes continuateurs dont je salue ici la présence, tous les éloges qu'elle mérite, nous ne vous serions pas moins reconnaissants, si sur les indications d'une critique éclairée, vous nous mettiez à même de combler quelques désidérata ou de réaliser quelque amélioration, qui pût être pour nos malades une atténuation de leurs peines, un allègement pour leurs douleurs.

Quant à vous, Monsieur le Sénateur et Monsieur le Député, qui avez en dehors de vos affaires locales si souvent pris à cœur de faire passer dans les lois de la République toujours plus de miséricorde et toujours plus d'humaine solidarité ; quant à vous, Monsieur le Maire, dont la bienveillante sollicitude pour vos administrés, se double de toutes les philanthropiques inspirations du docteur ; quant à vous tous enfin, qui des plus hauts rangs de la hiérarchie administrative et sociale, êtes venus aujourd'hui nous apporter le concours de vos sympathies et le prestige des hautes situations, que vos vertus, vos talents et vos mérites vous ont conquises, nous n'avons pas à vous recevoir, car par les services rendus et les dévouements mis en œuvre, plus que personne vous êtes ici chez vous.

Et c'est parce que vous êtes l'élite de la cité et que vous êtes chez vous, que c'est sur vous que nous avons compté pour donner à cette réunion toute la solennité et tout l'éclat qu'elle comporte, aussi bien par le but qu'elle poursuit que par l'importance que lui donne la délégation que M. le Ministre de l'Intérieur a faite auprès d'elle d'une des plus hautes et des plus marquantes personnalités de l'Assistance publique.

Mais c'est aussi parce que vous êtes aixois d'origine et de cœur et que vous êtes les représentants attitrés de notre vie artistique, scientifique ou littéraire, que nous avons compté sur vous pour dire aux hôtes que nous possédons et qui demain iront rapporter ailleurs vos paroles, que si la ville d'Aix est fière de son passé, elle est aussi jalouse de son avenir et que si dans l'ordre des personnalités neurologiques, elle a su trouver un Pontier, elle a aussi donné les Goyrand et les Bourguet à la chirurgie, les Tournefort et les Garidel à la botanique, les de Saporta à la géologie, les Siméon et les Portalis au droit, les Mignet, les Thiers et les Paradol à l'histoire, les Chastel aux beaux-arts et tant d'autres, que la vie doit forcément soustraire aujourd'hui à mes éloges et à votre souvenir.

Qui mieux que vous, pourrait leur dire et les convaincre, qu'il est des milieux qui obligent, qu'il est des affinages de temps et de race, qu'il n'est au pouvoir de personne de suppléer ; qu'il est des institutions, héritages d'ancêtres, qu'il peut utiliser et laisser, là, où le passé et l'histoire les ont mises. Vous leur montrerez vos archives et vous ouvrirez toutes grandes les portes de notre Méjanes et de notre Musée.

Et quand ce sera fait, vous laisserez l'évidence faire son œuvre. MM. les Congressisies et plus encore M. l'inspecteur général qui, retour de Marseille sont restés émerveillés de l'activité de ses ports, de la beauté de ses monuments, de la prospérité et de la richesse de son commerce, sauront tirer leur conclusion et faire une juste part aux deux villes qui, à des titres divers, honorent la Provence et grandement la patrie, et c'est par eux, par des bouches autorisées et sur d'authentiques renseignements, que M. le Ministre pourra savoir que s'il est malaisé de changer l'esprit colonisateur ou commercial d'une Tyr ou d'une Phocée, il n'est guère moins facile d'exporter le genre médical de cas, ou les mœurs et le délicat langage de l'Antique. Veuillez pardonner une digression, que les dangers de l'heure présente et les injustes convoitises d'une riche rivale viennent de m'arracher. Je reviens à mon sujet.

Et maintenant que l'œuvre touche à son terme, maintenant que pionniers dévoués de la science, vous avez présenté dans d'importantes communications le résultat de vos patientes observations et de vos sagaces expériences : maintenant que collaborateurs fidèles du progrès médical, vous allez retourner vers vos malades et leur apporter un surcroît d'espérances, maintenant que vous allez une fois de plus, essayer d'arracher aux bagnes, du crime ou de la déraison, quelques-uns des damnés qu'ils détiennent ! Maintenant enfin que dans un effort de rédemption vous avez tout tenté pour effacer quelques-unes des lettres de l'inexorable devise que le Dante a écrite sur son Enfer, laissez-nous vous féliciter de vos travaux et vous assurer de la haute estime que le monde savant professe pour vos études d'anatomie, de physiologie et de clinique appliqués à la solution des grands problèmes de neurologie psycholoque.

Voués à l'art de guérir, praticiens habiles dans une spécialité pleine de tristesses et de dangers, nous serions mal venus de vous arracher à vos services et au devoir professionnel qui vous incombe et pourtant il y aurait pour nous tous et pour la société tout entière, mieux à faire encore que de consoler et guérir les malheureuses victimes de la folie, ce serait d'en empêcher l'éclosion et de mettre un terme à ses névroses impulsives et délirantes, qui sont comme une caractéristique d'une fin de siècle à la fois grandiose et tourmentée.

Dans cette croisade qu'il n'est que temps d'entreprendre et dont nous pouvons tous faire partie, vous serez du moins nos conseillers et nos guides. Seuls, en effet, vous pourrez nous dire quelle part jouent dans la genèse vésanique, l'abus de ces poisons qui s'appellent le tabac et l'alcool, seuls vous pourrez nous renseigner sur les désastreux effets de cette lutte pour la vie, qui déchaîne les passions les plus impitoyables et les convoitises les plus éhontées. Comme seuls vous pourrez faire la part des ravages qu'exercent sur les jeunes êtres qui viennent au monde, les cruelles lois de l'atavisme et de l'hérédité.

Mais si c'est à vous de nous instruire, c'est surtout à nous de combattre et d'aller tarir dans sa source étiologique la redoutable neurasthénie sociale qui menace notre race et notre civilisation.

Problème complexe, qui ne sera résolu que le jour, où convaincus que le bonheur consiste moins à multiplier ses besoins qu'à les contenir, nous irons faire appel à cette sagesse dont on a trop oublié les principes ; que le jour où on aura rendu aux actions morales, l'indispensable sanction que réclament à l'envi toutes religions comme toutes les philosophies spiritualistes, que le jour enfin, où persuadés qu'il existe des devoirs envers nous-mêmes comme envers les autres, nous serons revenus à cette vie de famille et de travail qu'avait assurée la puissante complexion et la proverbiale gaîté de nos pères.

M. le Dr Doutrebente à son tour se lève et retrace la vie et l'œuvre du Dr Pontier :

Avant la Révolution française les aliénés de toute la Provence, à l'exception de ceux de Marseille, étaient hospitalisés à l'Hôpital général des insensés de la Trinité d'Aix, fondé en 1697 ; c'était un établissement ayant un caractère plus provincial que communal, s'administrant luimême.

En l'an V, par application de la loi du 26 vendémiaire, la gestion de l'Etablissement fut confiée à l'Administration des Hospices d'Aix, qui peu à peu considéra l'Hôpital des insensés, comme un quartier d'hospice.

Les aliénés, d'ailleurs y étaient installés dans les conditions les plus défavorables et y étaient exposés à subir les effets d'épidémies redoutables ;

la Trinité était resté le plus exact et le plus complet spécimen des anciennes demeures des malheureux aliénés.

Cette situation devait durer jusqu'en 1852, époque à laquelle le Dr Pontier était nommé médecin en chef et préposé responsable dudit établissement.

Pontier Etienne Eugène est né à Aix, le 6 mai 1809, après avoir obtenu le diplôme de docteur à la Faculté de Médecine de Montpellier, il revenait exercer la médecine dans sa ville natale, en 1834.

En 1854, une épidémie de chloléra qui fut meurtrière vint s'abattre sur l'hôpital de la Trinité ; le Dr Poutier ne cessa pendant toute la durée de l'épidémie, de prodiguer à tous ses malades les soins les plus éclairés, avec un dévouement digne des plus grands éloges ; la commission administrative des hospices, assemblée le 15 septembre 1854, sous la présidence de M. Rigaud, maire d'Aix et député, délibéra de témoigner au Dr Pontier, à cette occasion, toute sa reconnaissance et tint à le constater par un procès-verbal inscrit au registre de ses délibérations.

En 1855, et comme cela s'était déjà produit en 1853, le scorbut faisait encore apparition, c'était d'ailleurs, paraît-il, une tradition à l'Asile d'Aix ; mais les épidémies de 1853 et de 1855 et surtout celle de 1855 étaient des plus graves. Le Dr Pontier, après avoir essayé en vain des ressources de la thérapeutique usuelle, eut l'idée d'employer le jus de citron, qui lui donna rapidement les meilleurs résultats, « on peut dire qu'il inventa ce « traitement spécifique, car bien qu'il fut déjà employé dans la marine « anglaise, il était encore inconnu en France. »

Mais si Pontier avait triomphé du scorbut épidémique, il en observait encore des cas isolés et il constatait avec anxiété, que la mortalité générale était encore de 33 % ; il avait beau rechercher les améliorations possibles, s'adressant, d'abord, au régime alimentaire, puis à la vêture et plus tard au coucher, les résultats étaient toujours aussi mauvais ; ce qu'il fallait améliorer c'était l'établissement en entier et, il était si défectueux, qu'il était impossible d'en tirer partie.

En 1856, le Dr Pontier échappait, miraculeusement, à la mort, dont il avait été menacé par un Kabyle aliéné qui, dans un accès de fureur, l'avait terrassé et frappé de plusieurs coups de couteau ; c'était l'époque où le Dr Pontier reconnaissant l'inutilité des efforts et des mesures prises par l'administration des hospices pour améliorer le service des aliénés, songeait déjà au projet grandiose, qu'il devait plus tard réaliser.

En 1859, l'administration supérieure se décida enfin à distraire le quartier des aliénés d'Aix de l'administration des hospices et à lui faire une existence propre et cela, par arrêté en date du 10 juin de la dite année. Un mois après, le 12 juillet, le Dr Pontier etait nommé directeur-médecin.

L'heure des difficultés insurmontables était arrivée, l'Asile d'Aix avait

obtenu l'autonomie à laquelle il avait droit, mais il était pour cette raison abandonné à ses propres ressources, n'ayant aucun droit aux subventions du département ou même à son crédit.

Depuis longtemps le Dr Pontier avait compris que l'Asile d'Aix n'était pas susceptible d'amélioration, qu'il devait être abandonné, qu'il était nécessaire et urgent de le remplacer par un établissement nouveau approprié spécialement au traitement des aliénés et cela en dehors de la ville.

Pour mettre ce projet en exécution, il fallait trouver de l'argent et déjà à force d'ordre dans les finances et par une gestion économique sévère, le Dr Pontier avait réalisé des excédents de recette qu'il plaçait en lieu sûr, il en vint à exercer une surveillance incessante dans toutes les parties du service ; à l'œuvre dès l'aube, il se multipliait, il vérifiait lui-même toutes les distributions, donnant le nécessaire, mais rien de plus ; il utilisait tout, tirait parti des moindres produits et ne laissait rien perdre.

Des gens mal intentionnés qui trouvent stupides et immorales même les économies réalisées de cette sorte, n'ont pas manqué de dire que le Dr Pontier avait réduit le régime alimentaire de ses malades, c'était une calomnie, car ainsi que le disait il y a 40 ans l'inspecteur général Constans, « jamais dans aucun asile, le régime ne fut meilleur qu'à Aix sous la « direction du Dr Pontier.

« Ce ne fut donc bien réellement qu'à force de soins et sou à sou que « sa caisse se remplit, qu'il put un jour demander l'autorisation d'acheter « un vaste terrain aux portes de la ville. »

« Cette acquisition fut déjà une amélioration ; un grand nombre de « malade qui, depuis leur séquestration, n'avait pas franchi l'enceinte misé- « rable et sans air des affreuses murailles du vieil asile, purent être jour- « nellement employés à quelques petits travaux agricoles. »

« L'état sanitaire y gagna immédiatement et les produits récoltés vin- « rent encore accroître les économies annuelles. »

« Dès 1861, un plan d'ensemble pour la construction d'un nouvel « asile fut soumis à l'examen de l'autorité supérieure ; remanié et plu- « sieurs fois modifié il fut approuvé par le Ministre de l'Intérieur, en 1862, « et 1863 vit sortir de terre le premier pavillon. »

« Tous les ans ou tous les deux ans un autre pavillon s'ajoutait aux « précédents, et comme eux était aussitôt habité. »

J'ai visité l'Asile d'Aix en 1877, c'est le Dr Pontier qui m'en fit les honneurs, le quartier cellulaire était alors en construction ; j'étais loin de penser que l'année suivante le Dr Pontier ne serait plus et n'aurait pas la joie d'assister à l'achèvement de l'œuvre colossale qu'il avait entreprise ; il me paraissait plein de vie et d'ardeur, ne ménageant pas ses forces, faisant seul le service des deux établissements.

J'ai conservé de ma visite à Aix et des heures que le Dr Pontier a bien voulu me consacrer, un souvenir persistant, j'avais été profondément impres-

sionné par la lucidité de son esprit, par la simplicité et la clarté avec laquelle il exposait toutes ses idées en matière d'hospitalisation des aliénés : c'était un compendium vivant d'hygiène, de médecine, d'architecture, d'administration, de finance, de gestion en matière d'agriculture et d'irrigation.

L'Asile tel que Pontier l'avait voulu était séduisant, agréable à l'œil et pratique. La cuisine au milieu, des pavillons isolés à droite et à gauche dans des préaux séparés les uns des autres par des saut-de-loup et des murs si peu élevés, qu'en se promenant dans l'axe de l'établissement on voyait tous les malades aller et venir de chaque côté de leur pavillon.

« Plus on construisait, plus le service devenait fatiguant ; Pontier « était sans cesse sur la route du vieil Asile au nouveau ; mais jusqu'à son « dernier jour, son énergie suppléant ses forces qui déclinaient, il ne cessa « d'exercer avec la même activité, sa surveillance personnelle sur toutes « choses. »

Si la mort n'a pas voulu permettre à Pontier l'entière jouissance de son œuvre que le Dr Dauby a continuée et que le Dr Rey devra achever ; si elle n'a pas laissé à l'administration le temps de lui accorder la suprême récompense qui lui était due, elle n'a pu enlever à ceux qui l'ont connu et apprécié le droit et le devoir de le présenter à ses jeunes collègues, comme un digne modèle à imiter.

« Sa vie si bien remplie, s'est écoulée sans bruit ; très peu dans le ser- « vice le connaissaient ; jamais il n'a pris un congé, jamais il n'a rien « sollicité, jamais les bureaux de l'administration centrale ne l'ont vu. »

« Il a vécu, travaillé, passé modestement comme il convient à un « grand cœur, plus préoccupé du bien qu'il peut faire que de celui qu'on « pourrait dire de lui ».

Peu de temps avant sa mort, Pontier n'était encore que de seconde classe et comme on lui annonçait qu'on allait le proposer pour la première, il protestait en ces termes : « Non, non, n'en faites rien, mon nouveau « traitement gréverait de mille francs mon budget et mes constructions « ont plus besoin de ces mille francs que moi. »

On disait déjà en 1878, immédiatement après la mort de Pontier qu'un buste fait par son fils, habile sculpteur, serait placé dans l'Asile qui porterait son nom, suivant le vœu exprimé par le Conseil municipal d'Aix et la Commission de surveillance de l'Asile.

Le buste y est seulement depuis quelques jours et l'Asile ne porte pas encore le nom de Pontier.

Le Dr Pontier a constamment reçu de tous les préfets qui se sont succédé dans le département, les félicitations les plus louangeuses et les inspecteurs généraux n'ont jamais manqué, en nombreuses circonstances, de signaler au Ministre de l'Intérieur, le zèle, le dévouement, l'activité qu'il déployait à la poursuite de l'œuvre humanitaire entreprise et réalisée malgré tant d'obstacles.

Le 25 mars 1878, le Dr Pontier succombait aux suites d'une terrible maladie dont il souffrait depuis plusieurs années. Sa mort fut pour l'Asile d'Aix et les malades dont il était adoré, une perte douloureuse irréparable ; seul il devait et pouvait continuer ce qu'il avait si bien imaginé et conçu.

Notre excellent ami et digne collègue, le Dr Pichenot, médecin en chef de Montvergues, qui, à cette époque, était l'interne du Dr Pontier, a fait sur la tombe de son maître un éloge des plus instructifs, dans lequel nous avons largement puisé pour mener à bonne fin cette notice nécrologique, et nous tenons à le lui dire et à l'en remercier.

Les hommes de cette trempe se font rares qui pensent plus aux autres qu'à eux-mêmes et ignorant les procédés usités de l'arrivisme contemporain, meurent sans avoir obtenu la moindre distinction honorifique.

On avait dit et je croyais que le Dr Pontier avait été décoré le la Légion d'honneur quelques heures après sa mort, c'était une erreur, puisqu'en arrivant ici, on m'a communiqué la lettre suivante que M. le Ministre de l'Intérieur a écrite à Mme Pontier :

« Madame,

« C'est un devoir pour l'administration d'exprimer à la veuve du Dr « Pontier, les regrets que lui inspire la perte de cet homme de bien et de « reconnaître le zèle et le dévouement qu'il n'a cessé d'apporter à l'exercice « de ses doubles fonctions. Au mois de janvier dernier, j'avais, comme « mes prédécesseurs, proposé M. Pontier pour une distinction honorifique, « mais des circonstances indépendantes de moi ont empêché le succès de « cette proposition ».

Tout le monde avait réclamé cette suprême récompense, la ville d'Aix y eût applaudi, Inspecteurs généraux, Préfets et Ministres étaient d'accord ; le résultat demeura négatif.

Il est consolant toutefois, pour la mémoire de Pontier, de se dire, qu'il avait de la vie humaine et des devoirs de l'homme envers l'humanité, une trop haute conception pour imaginer qu'il a souffert en quoi que ce soit de ne pas avoir été décoré.

Souhaitons cependant que pareille chose ne puisse pas se renouveler et que le mérite de ses successeurs ne soit pas à tout jamais méconnu, leur vie durant.

Messieurs,

Salut à la mémoire du Dr Pontier.

Un chœur d'hommes et de femmes pensionnaires de l'asile, a ensuite chanté, avec accompagnement d'orchestre, une cantate composée pour la circonstance par un des plus

anciens pensionnaires et par M. Ollivier, professeur au Conservatoire d'Aix et chef de musique de l'asile. Les strophes rappelant l'œuvre de Pontier et les vertus du bienfaiteur étaient récitées alternativement par un homme et par une femme, au rythme d'une jolie mélodie des instruments à cordes. L'exécution a été parfaite, l'effet des plus saisissants. L'auditoire a longuement applaudi l'œuvre et les intéressants choristes. M. Pontier, au nom de sa famille, a, en quelques paroles émues, remercié M. le Président du Congrès qui a prononcé l'éloge de son père, et les organisateurs de cette belle manifestation.

A l'issue de cette cérémonie, un banquet de 80 couverts a réuni les dames congressistes, les Membres du Congrès, les personnages officiels, les membres des corps élus, les chefs de service et la Presse, dans la salle des Pas-Perdus du bâtiment d'administration, décorée de drapeaux, de plantes et de draperies. La table était couverte de fleurs et le menu, sur papier moyen-âge, orné d'une vue d'ensemble de l'asile, avec une figure, la ville d'Aix, élevant une palme au-dessus du médaillon de Pontier.

Voici sa composition, d'une couleur toute locale :

Hors d'œuvre
Coquilles d'écrevisses à la Provençale
Truite saumonée à la Sextius
Petits jambonneaux à la Russe
Chaud-froid de grives des Alpes
Cœurs d'artichauts à l'Arlésienne
Pintadons de Montperrin
Salade printanière
Bombe Mirabeau
Biscotins et Calissons d'Aix
Fruits

VINS. — Vin blanc du Tholonet. — Vin de coteau en carafes. — Lafite-Talence. — Châteauneuf-des-Papes. — Corton 1881. — Moët et Chandon. — Café et liqueurs.

Au champagne, de nombreux toasts ont été portés.

M. le docteur Chabrier prend le premier la parole :

Mesdames, Messieurs,

C'est à la fiction administrative qui m'a transformé en maître de la maison, que je dois l'honneur bien inattendu de présider ce banquet et de porter le premier la parole, dans une assemblée où ne siègent que des sommités et des maîtres.

Mais cet honneur est doublé d'un devoir, et veuillez m'excuser de ne pas avoir voulu m'y soustraire.

Et maintenant que l'heure des toasts a sonné, levons nos verres, et que nos premiers vœux, comme notre première santé, soient pour le Chef de l'Etat, pour le Président de la République.

Pour ce républicain de vieille roche, dont la physionomie grave, mais simple et bonne, fait songer deWasinghton et qui, sous les lambris étonnés de l'Elysée, et en dépit du protocole, se permet quelquefois, dit-on, de rêver au beau soleil de Marsanne, aux douces félibrées de la Drôme, et à la charrue de Cincinnatus.

Messieurs, je bois au Président de la République ! Je bois à la France.

M. Perreau, député, porte le toast suivant :

Messieurs,

Dans cette demeure où tout rappelle à notre souvenir les vertus sociales du regretté Dr Pontier ; en présence des confrères qui sont venus, nombreux, rendre à sa mémoire un juste tribut d'hommages, je lève mon verre à son œuvre, je vous propose de boire à la santé de son distingué continuateur, M. le Dr Rey.

M. le sénateur Leydet rappelle que le Sénat s'est occupé, le premier, de la révision de la loi sur les aliénés ; il espère que la Chambre des Députés examinera bientôt le projet qui lui a été soumis, souhaitant qu'il réalise un progrès pour l'assistance des aliénés et qu'il apporte une amélioration dans la situation de ces intéressants malades.

M. le Sous-Préfet exprime les regrets de M. le Préfet qui n'a pu venir assister à la réception du Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes à l'asile d'Aix et qui s'associe à l'hommage rendu à la mémoire du Dr Pontier. Je suis heureux, ajoute M. le Sous-Préfet, de pouvoir apporter ici mes sentiments d'estime pour le Dr Chabrier qui pendant de lon-

gues années a été le collaborateur de Pontier, et pour le personnel de l'Asile, pour son directeur dont j'apprécie le zèle et le dévouement.

M. le docteur Drouineau, inspecteur-général, est heureux de s'associer à l'hommage rendu à la mémoire du Dr Pontier, et regrette aussi que ce modèle des directeurs-médecins n'ait pu recevoir la récompense qu'il méritait si bien. Il faut souhaiter, dit-il, que l'Administration ne soit pas toujours entravée dans ses choix quand il s'agit de récompenser le mérite et le dévouement.

M. le docteur Rey est profondément touché des paroles bienveillantes qui lui sont adressées dans cette circonstance solennelle et heureuse pour l'Asile. Si, dit-il, on a bien voulu constater une organisation satisfaisante, la bonne tenue de nos divers services, il est juste d'en attribuer, pour une large part, le mérite à mes honorables devanciers et à mes collaborateurs qui, à tous les degrés, facilitent la tâche du directeur-médecin. Pour moi, tous mes efforts tendent à rendre efficaces mon attachement à mes fonctions et ma sollicitude pour nos malades, suivant en cela l'exemple de l'éminent et vénéré maître auquel nous venons de rendre hommage. Les éloquents discours du Dr Chabrier, du Dr Doutrebente ont glorifié le nom de Pontier. Le buste que nous placerons dans cette salle perpétuera le souvenir de ce bienfaiteur des aliénés. C'est un grand honneur d'avoir à continuer son œuvre. Pour m'aider dans cette tâche difficile, je suis heureux de pouvoir compter sur les conseils éclairés des membres de la Commission de surveillance et sur la bienveillance de l'Administration que je dois encore remercier de m'avoir appelé à la direction de cet asile.

S'adressant à M. le Président du Congrès, M. Rey dit qu'il se félicite d'avoir contribué à la désignation de Marseille comme siège du Xe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Mais ce qui le touche encore plus, c'est la présence du Congrès à l'asile d'Aix et l'importance que ses collègues ont bien voulu donner à cette partie du programme. Cette journée sera pour lui la meilleure.

Le docteur Rey remercie ensuite tous ceux qui ont bien voulu s'associer à cette manifestation de la science et de la bienfaisance, et donner à l'établissement un témoignage précieux de leur intérêt et de leur sympathie. Nous sommes heureux, dit-il, de vous recevoir, et nous sollicitons encore vos visites, désireux de nous éclairer de vos conseils, de vos avis, et de recevoir vos encouragements pour donner la plus grande somme de bien-être matériel et moral à nos malades et obtenir leur guérison.

C'est dans ces sentiments qu'il salue M. l'Inspecteur-général, délégué du Ministre de l'Intérieur, M. le sénateur Leydet, M. le député Perreau, M. le Sous-Préfet, M. le Maire, les membres des corps élus, les représentants de la magistrature, de l'armée, des différents cultes et la Presse. Il lève son verre au président du Congrès, et à tous ses collègues.

M. Numa Coste, membre de la presse, porte le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

En levant mon verre pour remercier, au nom du Syndicat de la Presse aixoise, les organisateurs de cette cérémonie, de leur gracieuse invitation, j'obéis non seulement à un devoir de courtoisie, mais encore à un profond sentiment de reconnaissance envers les membres du Congrès.

Je ne puis oublier, Messieurs les aliénistes, et Messieurs les neurologistes, que nous sommes vos clients, nous tous qui bataillons pour des idées, souvent chimériques, avec une ardeur telle qu'on peut se demander parfois si la Presse n'est pas exclusivement peuplée de fous dangereux.

C'est du reste l'un des vôtres qui considère le génie comme une névrose et classe ceux qui en ont parmi les dégénérés supérieurs.

Permettez donc à un dégénéré inférieur de vous témoigner la gratitude de vos clients de la Presse et d'ajouter que nous ne sommes pas seulement vos clients mais aussi vos amis, car vos travaux nous intéressent au plus haut degré.

Comment ne le serions-nous pas, alors que vous venez de fort loin vous associer à l'hommage posthume rendu à l'un de nos compatriotes, l'éminent praticien qui a jeté les fondations de cet établissement ? Alors surtout que nous voyons groupés autour du bienveillant et sympathique Dr Rey et de mon vieil et excellent ami le docteur Chabrier, président de la Commission ?

La reconnaissance nous fait donc un devoir d'aimer et de soutenir ceux qui, comme vous, personnifient le dévouement à notre triste humanité. Quoique nous soyons à table laissez-moi ajouter que notre concours acquis d'avance à toutes les initiatives généreuses, surtout à celles qui ont pour but de combattre l'empoisonnement de l'intelligence par le tabac et l'alcool.

Ne possédant aucune connaissance thérapeutique, il m'est agréable de constater qu'en ce moment, nous luttons contre ce fléau par la méthode homéopathique : *Similia, similibus, curantur.*

C'est peut-être la meilleure; et dans tous les cas, c'est de la médication préventive, efficace contre les maladies mentales qui agitent trop souvent les milieux politiques. Aussi me permettrez-vous, en portant la santé des organisateurs de cette réunion et des membres du Congrès, de boire à la guérison de toutes les folies humaines.

C'est ensuite le docteur Pichenot, ancien interne de Pontier qui donne un souvenir ému à son ancien maître ; puis M. le Pasteur protestant qui rend hommage au dévouement du modeste personnel de surveillance de l'asile.

Le président du Congrès, le docteur Doutrebente, se lève et porte le toast suivant :

MESDAMES, MESSIEURS,

En se transportant à Aix à la fin du Congrès de Marseille, les membres de notre Dixième Congrès ne se proposaient pas seulement de répondre à l'aimable invitation qui leur avait été faite de prendre part à des réjouissances préparées en leur honneur ; ils savaient, et je tiens à le dire hautement, qu'il s'agissait aussi d'assister à une manifestation organisée pour rendre un juste hommage au souvenir et à la mémoire du regretté Docteur Pontier.

En parlant de l'homme de bien, du philanthrope pratique que fût Pontier et en exprimant le regret qu'une carrière si bien remplie n'ait pas reçu de l'autorité supérieure la distinction honorifique à laquelle il avait pourtant tant de droits, nous avons fait de l'histoire, nous n'avons fait que rappeler ce qui avait été écrit par l'inspecteur-général Constans en 1878, dans un article inséré dans les *Annales médico-psychologiques*, mais il était bon de rappeler ces souvenirs et de présenter aux jeunes médecins aliénistes qui nous entourent, comme un exemple à suivre, la vie du Docteur Pontier, vie de travail et d'absolu désintéressement.

Avant de nous séparer, il m'est fort agréable de remercier le Directeur-Médecin et les membres de la Commission de Surveillance de la réception

grandiose qu'ils ont bien voulu nous faire, et de l'accueil cordial et sympathique avec lequel ils nous ont reçu ; nous sommes venus ici nombreux et empressés, nous remporterons le meilleur souvenir de notre passage à Aix.

Je vous propose Messieurs, de lever nos verres à la santé des vaillantes femmes qui nous ont accompagné dans toutes nos périgrinations et à la santé de leurs maris, nos excellents camarades et collègues, MM. Ritti, Vallon, Pichenot ; nous avons le ferme espoir de retrouver dans le prochain Congrès, tous ceux qui, cette fois, nouveaux adhérents, ont pu se rendre compte de l'union, de l'esprit de corps, de la bonne humeur et au besoin de la gaieté franche qui règnent parmi nous.

C'est dans cette disposition d'esprit qu'il m'est donné de faire, ce qu'on m'a demandé, la critique de l'asile d'Aix, qui sera bientôt, je l'espère, l'asile Pontier ; c'est un rôle que je ne puis remplir, parce que je regarde l'asile d'Aix comme un bon asile, agréable à l'œil, bien situé, bien aéré, parfois même un peu trop, puisqu'aujourd'hui le mistral s'est mis de la partie et nous a supprimé le plaisir du banquet en plein air.

Mesdames, Messieurs, je lève mon verre à la ville d'Aix, le centre historique, littéraire et artistique de la Provence.

Au café, un groupe de tambourinaires est venu dans la salle du banquet, jouer de vieux airs provençaux. Puis on a assisté, dans les jardins, à des danses anciennes, exécutées par les danseurs de St-Cannat, en costumes de l'époque du bon roi Réné.

Ajoutons que les malades ont eu leur part de ces réjouissances. Leur régime avait été copieusement et agréablement augmenté. Ils ont entendu, dans les jardins, la musique des Touristes de l'Union, les mandolines, les roulades du galoubet, le ronflement sonore des tambourins, et vu se dérouler les joyeuses farandoles.

Cette intéressante journée s'est terminée par la visite de la ville, sous la conduite d'aimables Aixois. On a visité les fontaines d'eau chaude alimentées par les bains Sextius, de somptueux hôtels particuliers, la Cathédrale avec ses portes merveilleusement sculptées ; les magnifiques tapisseries de l'Archevêché représentant l'histoire de Don Quichotte. La riche bibliothèque Méjanes méritait une attention toute particulière. Les Congressistes y ont été reçus par M. le Maire et

M. Aude, l'aimable et érudit conservateur qui a eu l'heureuse pensée de présenter aux visiteurs un curieux essai de localisations cérébrales de Prosper et Reggio, au XVIe siècle. On ne pouvait mieux clôturer le Xe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

TABLE DES MATIÈRES